Nr. 29 i 30. 27. lipca 1930. Rok IX.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Kazimierz TYSZKA, st. asystent Kliniki. Lwów.

Leczenie wysiękowego zapalenia błon surowiczych preparatami złota.

Z II. kliniki chorób wewnętrznych U. J. K. we Lwowie.
Dyr.: Prof. Dr. Roman Rencki.

Do bardzo wielu zabiegów leczniczych przy wysiękowych zapaleniach błon surowiczych przybyło w ostatnich czasach stosowanie preparatów złota: sanokryzyny względnie aurosanu. Częstość etjologii gruźliczej tego schorzenia nasunęła badaczom duńskim, którzy pierwsi wprowadzili sanokryzynę do leczenia gruźlicy płuc, myśl zastosowania jej również do leczenia gruźliczego zapalenia opłucnej, zwłaszcza, że według ich badań preparaty złotowe działają bezpośrednio bakterjobójczo na prątki gruźlicze, a więc i leczenie sanokryzyną schorzeń opłucnej musiałoby być uważane za radykalne, ponieważ stwarza ono możliwość zadziałania na ognisko, będące przyczyną schorzenia. Należy jednak zaznaczyć, że późniejsze badania eksperymentalne innych autorów, jak również obserwacja kliniczna dowodzą nam, że sanokryzyna, a też i aurosan nie posiadają zupełnie bezpośrednich bakterjobójczych własności, nie są więc zdolne niszczyć prątka w ustroju. Jednak spostrzeżenia niektórych autorów widocznej poprawy gruźlicy płuc po stosowaniu sanokryzyny względnie aurosanu usprawiedliwiają wprowadzenie tego środka do leczenia schorzeń opłucnej. Należy pamiętać o tem, że bardzo często po pierwotnem zapaleniu wysiękowem opłucnej rozwija się następowo gruźlica płuc, niekiedy nawet bardzo szybko. Allard i Köster podają, że na 541 przypadków zapalenia pierwotnego opłucnej rozwinęła się w następstwie gruźlica płuc w 245 przypadkach, co stanowi blisko 50%. Niebezpieczeństwo następowej gruźlicy płuc wzrasta z wiekiem u dzieci jest stosunkowo mniejsze, albowiem u tych ostatnich poniżej lat 15 rozwija się ona w 34,8%. Zwykle rozwija się gruźlica płuc w pierwszych kilku latach; według powyższych autorów pojawia się ona w 72% przypadków w pierwszych pięciu latach, w reszcie przypadków rozdziela się ona równomiernie na następne lata. A przecież już w świeżych przypadkach zapaleń opłucnej znajdujemy często zmiany w gruczołach, niekiedy w szczytach. Z polskich autorów Tuz podaje, że 73% wysięków surowiczych w jamie opłucnej prędzej czy później — bo nawet po latach 15-tu, prowadzi do gruźlicy płuc. Z powyższego rozważania wynika, że leczenie aurosanem ma również pewne uzasadnienie jako leczenie profilaktyczne. Secher pierwszy zastosował sanokryzynę w leczeniu wysiękowego zapalenia opłucnej i z wyników swych był bardzo zadowolony. Stosował on dawkę dużą zaczynając od 0,5 g, szybko przechodząc do dawek 1 g sanokryzyny co 5—8 dni. Wyniki podane przez niego były bardzo dobre, co też skłoniło i naszą klinikę do zastosowania złota w leczeniu schorzeń opłucnej. Stosowaliśmy aurosan, który — jak to wynika z prac polskich Renckiego, Dobrowolskiego, Michalskiego, Weissa i innych — niczem nie różni się od sanokryzyny.

Ilość naszych spostrzeganych przypadków wynosiła 16. Spostrzeżenia nasze dotyczyły chorych którzy przeważnie dłuższy czas pozostawali w klinice, kontrolowani następnie po opuszczeniu kliniki niejednokrotnie badaniami i prześwietlaniami promieniami Roentgena. Co do wielkości dawek, to stosowaliśmy przeważnie aurosan w dawkach początkowo po 0,1 do 0,25 g, przechodząc szybko do dawki 0,01 na kilogram wagi. Surowicy nigdy nie stosowaliśmy. Chorzy naogół znosili zabieg dobrze. Podniesienia ciepłoty po zastrzykuięciu widzieliśmy w większości przypadków (w 12 na 16); podniesienia te zjawiały się przeważnie w dwie, trzy godziny po injekcji, powracając do normy pod wieczór; często znaczniejszemu podniesieniu temperatury towarzyszyły dreszcze. Objawów wstrząsu nie widzieliśmy ani razu. Również prawie stale obserwowaliśmy utratę łaknienia, nudności wymioty. Białkomocz widzieliśmy stosunkowo rzadko, gdyż tylko w czterech przypadkach, i to jedynie w śladach. W jednym przypadku stwierdzić można było prawie po każdej injekcji aurosanu cukier w moczu, dwóch dniach znikał. Należy zaznaczyć, że poziom cukru we krwi dochodzący do pół procent, który zwykle po jednym a najwyżej wynosił wtedy 0,135%. Wysypki skórne obserwowaliśmy zaledwie w 3 przypadkach; w jednym z nich miała ona przebieg bardzo ciężki i długotrwały *(dermatitis exfoliativa)*. Zmianami skórnemi nie będę tutaj bliżej się zajmował, gdyż opisałem je wspólnie z Dr. Ostrowskim (Pol. Gaz. Lek. Nr. 43, 1927).

Czas opadania krwinek w większości przypadków ulegał znacznemu skróceniu zarówno w przypadkach, w których płyn z opłucnej ustąpił zupełnie, jak również w tych, w których injekcje pozostały bez znaczniejszego wpływu na ilość płynu w jamach opłucnowych.

Obraz histologiczny płynu mało ulegał zmianie. Tak charakterystyczna limfocytoza płynów opłucnowych na tle gruźliczem, opisana pierwotnie przez Korczyńskiego i Wernickiego, pozostawała prawie niezmieniona do końca. Jedynie w trzech przypadkach zauważyliśmy pojawienie się ciałek eozynofilnych pod koniec leczenia w ilości 3 do 8%.

Należy podkreślić, co Secher podaje, że w przypadkach zapalenia wysiękowego opłucnej daleko częściej przychodzi do podniesienia temperatury, pojawienia się białkomoczu i wysypki. O podniesieniu ciepłoty była mowa już poprzednio. Białkomocz i wysypki — jak widzieliśmy poprzednio — mieliśmy sposobność obserwować stosunkowo rzadko; białkomocz przemijający w czterech przypadkach, wysypki w trzech, co nie zgadza się zupełnie ze spostrzeżeniami Sechera, który podaje, że właśnie w postaciach wysiękowych wyswobadza się duża ilość endotoksyn gruźliczych, powodujących wystąpienie białkomoczu i wysypki, co on uzależnia od działania bezpośredniego sanokryzyny na prątki gruźlicze. Poprzednio już jednak szereg autorów jak Poindecker, Negeli, Rencki udowadniali, że objawy te zależą nie od działania uwolnionych endotoksyn, ale od bezpośredniego działania złota jako ciężkiego metalu. W pracy swej z Dr. Ostrowskim o zmianach skórnych w okresie stosowania preparatów złota, wyraziliśmy przypuszczenie, oparte na badaniach eksperymentalnych, że przyczyną wywołującą zmiany skórne nie są uwolnione toksyny, a samo złoto, przypuszczając że preparaty złota działając szkodliwie na śródbłonek naczyń mogą wywołać zaczopowanie drobnych żył; w następstwie czego przychodzi do obrzęku wzgl. do wykwitów rumienia. W każdym razie należy podkreślić, żeśmy otrzymali objawy te znacznie rzadziej, niż w przypadkach stosowania złota w gruźlicy płuc.

Przechodząc do omówienia naszych przypadków zapalenia wysiękowego jam surowiczych należy stwierdzić, że na 16 przypadków leczenia tego schorzenia otrzymaliśmy zniknięcie płynu w pięciu przypadkach, co stanowi 31%. Jeżeli jednak bliżej rozpatrzymy nasze przypadki, to zauważymy, że mieliśmy w leczeniu dwa przypadki pierwotnego zapalenia opłucnej (w tem jeden z zajęciem gruczołów okołooskrzelowych, drugi zaś z zagęszczeniem szczytu), następne trzy przypadki *polyserositis* i 11 przypadków zapalenia wysiękowego opłucnej z jednoczesnem zajęciem przeważnie jednego szczytu. Otóż poprawę otrzymaliśmy w pierwszych pięciu przypadkach, gdy tymczasem w przypadkach drugiej grupy z jednocześnie czynną gruźlicą, z prątkami w plwocinie w większości przypadków zastosowanie złota nie wpłynęło zupełnie lub też bardzo mało na zniknięcie płynu w jamach opłucnowych.

Pozwolę sobie przytoczyć tutaj jeden przypadek z pierwszej grupy. Chory A. C., lat 13, uczeń gimnazjalny, znajdował się w leczeniu w przychodni przeciwgruźliczej przy klinice chorób wewnętrznych z powodu zajęcia gruczołów okołooskrzelowych od lutego 1927 roku. Chory miewał stany podgorączkowe. Ostatni raz był w przychodni w końcu kwietnia. 19 maja 1927 zgłosił się do kliniki podając, że od dwóch tygodni odczuwa bóle pod lewą łopatką i w lewym boku, nieco kaszle, odczuwa znaczną duszność gorączkuje do 40°. Chory został w dniu tym przyjęty do kliniki. Badanie fizykalne stwierdziło po stronie lewej przytłumienie w szczycie które poniżej obojczyka z przodu, z tyłu zaś poniżej grzebienia łopatki przechodziło w zupełne stłumienie. Serce przesunięte ku stronie prawej. Przysłuchem szmery oddechowe na miejscu stłumienia zupełnie zniesione. Wykonana punkcja wykazała obecność przejrzystego jasno-żółtego płynu o c. g. 1018 ilość białka 3,5%, próba Rivalta dodatnia, próba Sochańskiego niezupełnie się odbarwia, prątki w płynie nieobecne. Badanie histolo-

giczne wykazało 97% limfocytów, 3% leukocytów. Waga chorego przy przyjęciu do kliniki wynosiła 53½ kg. Chory gorączkuje do 40°. Opadanie krwinek wynosi 69 mm na godzinę. Odczyn Pirqueta słabo dodatni. Badanie roentgenologiczne wykazało: pole płucne lewe aż do obojczyka jednostajnie intensywnie zaciemnione. Szczyt gorzej powietrzny. Cień środkowy przesunięty ku stronie prawej. Dn. 20. V. pierwsza injekcja złota 0,25, bez objawów, dnia 24. V. druga injekcja 0,5 aurosanu. Dn. 26. V. stłumienie po stronie lewej z tyłu nieco obniżyło się: zaczyna się obecnie dwa palce poniżej grzebienia łopatki. Badanie roentgenologiczne wykazało: pole płucne lewe w całości intensywnie zaciemnione aż na palec poniżej obojczyka. 1. VI. trzecia injekcja 0,50 aurosanu, ciepłota ciała nieco niższa niż w dniach poprzednich, dochodzi jednak do 39°. Dn. 4. VI. waga ciała 47,600, dn. 6. VI. stany podgorączkowe nie przekraczające 38°, badanie fizykalne stwierdza przytłumienie od połowy łopatki, stłumienie od kąta łopatki. Roentgenologicznie pole płucne lewe węższe, w dolnej połowie niejednolicie dość intensywnie zaciemnione, górna granica nie ostra, zamazana. Przepona i ruchy jej niewidoczne. Rozpoznanie: rozległe zrosty, płynu wykluczyć nie można. Wykonana punkcja płynu nie wykazała. Dnia 8. VI. czwarta injekcja aurosanu 0,50; 12. VI. stany podgorączkowe do 37,3°; 14. VI. piąta injekcja 0,50 aurosanu (razem 2,25 g). Chory gorączkuje do 37,2°. Apetyt dobry. Punkcja po stronie lewej płynu nie wykazała. Waga ciała 48,500; 12. VI. chory opuszcza klinikę. Utrzymują się nieznaczne stany podgorączkowe do 37,3. Opadanie krwinek przy wyjściu z kliniki wynosiło 13 mm na godzinę.

Następnie w trzech przypadkach *polyserositis* bez zmian czynnych w płucach otrzymaliśmy zniknięcie płynu w jamach surowiczych. Co się tyczy jedenastu przypadków, w których jednocześnie stwierdziliśmy gruźlicę płuc, to nie otrzymaliśmy zniknięcia płynu ani w jednym przypadku. Należy podnieść, że jeden z tych chorych wyszedł z kliniki ze znaczną poprawą, płyn prawie ustąpił zupełnie, temperatury obniżyły się również: przez cały czas leżenia w klinice utrzymywały się drobne rzężenia w jednym szczycie. W plwocinie w czasie pobytu w klinice stwierdzono prątki Kocha, opadanie ciałek krwi spadło z 60 na 17 mm. Po wyjściu z kliniki w 2 tygodnie wykonane opadanie krwinek wyniosło 35 mm. W 6 tygodni chory zapadł na gruźlicze zapalenie opon mózgowych, na co wkrótce zmarł. Następnie inny chory z zapaleniem opłucnej po jednej stronie klatki piersiowej podczas leczenia aurosanem dostał wysiękowego zapalenia po stronie przeciwnej.

Reasumując otrzymane wyniki widzimy, że nie ziściły się nadzieje, jakie wyraził S e c h e r co do działania sanokryzyny przy zapaleniach wysiękowych opłucnej. Otrzymaliśmy coprawda wyniki dodatnie w kilku przypadkach jednak nie możemy działania tego uogólnić, jak to czyni S e c h e r. Jednak uwzględniając, że otrzymaliśmy wyniki dodatnie w przypadkach tych, w których nie było czynnej gruźlicy, możnaby aurosan w dalszym ciągu w podobnych przypadkach stosować, zwłaszcza że o jego ewentualnej profilaktycznej roli w zapobieganiu następowego rozwinięcia się gruźlicy będzie można dopiero sądzić po upływie conajmniej pięciu lat. Należy jednak zaznaczyć, że można podobne wyniki w świeżych przypadkach zapalenia wysiękowego opłucnej otrzymać i stosowaniem innych zabiegów i środków leczniczych, których środek ten, jak widzieliśmy, nie przewyższa pod żadnym względem: środki te — jak słusznie podnosi R e n c k i, nie straciły wobec niego nic na swej wartości, a niektóre go przewyższają, nie kryjąc w sobie przytem niebezpieczeństwa zatrucia. Słusznie też podnoszą D ą b r o w s k i i W ą s o w i c z, iż wartość rzeczywiście leczniczą posiadałaby sanokryzyna wtedy, gdyby poprawie ulegały przypadki, w których zwykłe leczenie jest bezskuteczne.

Dr. Rudolf AREND. Lwów.

Spostrzeżenia kliniczne nad działaniem dialu, didialu, cibalginy i dialacetyny „Ciba". Specyficzne działanie dialacetyny w skurczach mięśniowych pochodzenia piramidowego.

Z Oddz. dla chorób nerwowych i umysłowych Szpit. powszechnego we Lwowie.
Prym.: Dr. A. D o m a s z e w i c z.

Dokończenie.

W dwu przypadkach nerwobólów okolicy karku i potylicy cibalgina w ilości 1—2 kołaczyków na dzień łagodziła, wzgl. usuwała bóle. Dial w dawce 0,15 później 0,1 na noc sprowadzał u jednego z chorych 6—7 godzinny sen, u drugiego całonocny.

Przeciwko bólom głowy występującym w przypadkach podwyższonego ciśnienia śródczaszkowego (wodogłowie, meningitydy, guz mózgu) stosujemy dzisiaj z doskonałym skutkiem dożylnie roztwory hypertoniczne glukozy (40% — 10 ccm), urotropiny (40% — 10 ccm), chlorku sodowego (10% — 10 do 30 ccm) lub rzadziej i z mniej pewnym skutkiem siarczan magnezowy per rectum w roztworze wodnym 70,0 : 100,0. W większości przypadków ból głowy zmniejsza się w ciągu 2—3 minut lub znika po 10 do 15 minutach na przeciąg kilku godzin. W przypadkach operanych zmuszeni jesteśmy łagodzić bóle głowy środkami kojącemi. W wielu razach chodziło zarazem o usunięcie niepokoju i bezsenności. Obserwowałem 13 przypadków tego rodzaju. Poniżej przytaczam kilka przykładów:

M. K., lat 45. *Meningitis serosa circumscripta fossae crani post.* dająca objawy guza móżdżku. Z powodu bólów głowy i bezsenności zażywała chora 2 pastylki allonalu, po których ból głowy ustawał. Na noc 2 past. allonalu sprowadzały sen. Przeszedłem do 0,2 dialu na noc. Chora zasypiała po 30 minutach i spała bez przerwy całą noc (8—8 i pół godz.). Sen lepszy, niż po allonalu. W dzień podawano 2—3 razy dziennie cibalginę. Ból głowy ustępował rychło, chora nie była senna, gdy po 2 past. allonalu odczuwała senność a nawet zasypiała w dzień.

U 7-mio letniej dziewczynki A. Cz. z zapaleniem gruźliczem opon, z wyjątkowo silnemi bólami głowy, karku, z bezsennością — 2 razy po pół past. dialu w dzień sprowadzało znaczne uspokojenie, pół past. na noc kilkugodzinny sen.

J. S., lat 33. *Spondylitis tuberculosa, meningitis basilaris.* Bardzo rzadka postać gruźlicy opon powstała przez bezpośrednie przejście na opony rdzenia a następnie mózgu. Kolosalne bóle głowy, chory krzyczy na głos. Natrium chlor. 10%—10 ccm dożylnie bez działania. Po proszku przeciwbólowym nieco zasypiał. Nakłucie lędźwiowe usuwało bóle głowy na przeciąg co najwyżej kilku godzin. Po nieprzespanej nocy otrzymał dialacetynę w herbacie. W ciągu 5—8 minut zasnął, spał 45 minut, poczem przez kilka godzin senny, bóle głowy nie ustały jednak. Po obiedzie tegoż dnia past. dialacetyny i (przez nieporozumienie) w 4 godziny później 2 ccm dialu domięśniowo. Chory zasnął prawie natychmiast i spał 3 i pół godziny. Później drzemał w ciągu 3 i pół godzin. Ciepłota spadła o 1,5° C. (z 39,1 na 37,6°). Od północy do rana krzyczał i skarżył się na intensywne bóle głowy. Rano po past. dialacetyny prawie w 5 minut zasnął i spał z przerwami do południa. Chciano wykorzystać sen i wykonać nakłucie, chory jednak krzyczał i rzucał się. Dnia następnego mimo senności chorego 2 ccm dialu domięśniowo. Po zastrzyku bez większych trudności wykonano nakłucie. Didial podawany wieczór sprowadzał 5 i pół godzinny sen, dial w zastrzyku sen całonocny z przerwami.

W przypadku J. S., lat 42, z rozpoznaniem: guz mózgu bez lokalizacji, zjawiały się w dzień bóle głowy. Z początku podawano pastylkę dialu, ból głowy ustępował, chory jednak zasypiał. W ciągu dalszej obserwacji zmniejszono dawkę do pół dialu. Bóle ustępowały, chory nie zasypiał, raz jeden był jakby pijany.

Dial, względnie cibalgina oddawały nam dobrą usługę w przypadkach ogólnego podniecenia psychicznego i bezsenności wywołanej zdenerwowaniem.

W przyp. W. K., lat 40, (wspomniany również wyżej) wiąd rdzenia i zanik nerwów wzrokowych. Chory tracił szybko wzrok z dnia na dzień. Gdy mimo przeprowadzonego leczenia malarją i leczenia specyficznego pogorszenie wzroku postępowało nadal, chory stracił wszelką nadzieję, wpadł w rozpacz i myślał o samobójstwie. W stanie b. silnego podrażnienia psychicznego podawano 0·1—0,2 g dialu, względnie 1—2 past. cibalginy. Chory uspokajał się szybko i odzyskiwał równowagę duchową. Najlepiej działał dial w dawce 0,2 g.

W przyp. W. S., lat 36, nerwicy lękowej (bicie serca, uczucie zbliżającej się śmierci), w czasie ataku strachu past. cibalginy uspokajała chora, atak mijał.

W przyp. N. P., lat 26, w jaki rok po przejściu zapalenia nagminnego opon mózgowo-rdzeniowych (u osobnika psychopatycznego), najprawdopodobniej jako reakcja na niepowodzenie w studjach uniwersyteckich — napadowo płacz, poty i bicie serca, następowo bóle głowy. Brom, waleriana i mieszanki przeciwbólowe nie usuwały bólów głowy. Kołaczyk cibalginy nie zawiódł nigdy, bóle głowy ustępowały b. szybko.

W chorobach umysłowych stosowałem dial, względnie didial tylko w 14 przypadkach. Działanie dialu, nawet w przypadkach średnio ciężkich, uważam za niewystarczające. W przebiegu podnieceń (3 przypadki *dementia praecox*, 2 *psychosis maniacalis*, 1 podniecenia manjakalnego w chorobie organicznej mózgu) działanie było minimalne lub żadne. Co się tyczy didialu wywo-

łuje on wprawdzie u szałowych senność i spowolnienie ruchów, większego jednak uspokojenia nie sprowadza. Zato w przypadkach średnio ciężkich podnieceń psychoruchowych powinien didial znaleść szerokie zastosowanie jako bardzo energiczny środek uspokajający i nasenny. Działanie didialu jest równorzędne, czy zbliżone do działania morfiny, wzgl. pantoponu; nieraz didial przewyższa działanie pantoponu. Niestety istnieją przeważnie trudności w podawaniu choremu leków. Należałoby przygotować didial w roztworze do zastrzyków. Jeżeli uda się w odpowiednich przypadkach podać choremu didial uzyskuje się rychłe uspokojenie, a nawet sen.

W przypadku otępienia starczego (H. O., lat 70), chory niespokojny, nie sypia, w nocy zdziera obrazy ze ścian, niszczy i rąbie meble. Choremu podawałem z początku 0,1, później 0,2 luminalu. W najlepszych razach dawka 0,2 sprowadzała pewne uspokojenie, zwykle była bez działania. Otóż past. didialu podana wieczór sprowadzała rychły, całonocny sen.

Spostrzeżenia moje nad działaniem omawianych preparatów rozciągnąłem również na 11 przyp. internistycznych. We wszystkich chodziło o bezsenność wywołaną bólami w okolicy serca, kłuciem w klatce piersiowej, dusznością, kaszlem, podnieceniem, zdenerwowaniem.

Chora Ross., lat 60. *Myodegeneratio cordis,* poronne napady dusznicy bolesnej i bezsenność. Dotychczas stosowano allonal; działał on z początku dobrze, później zawodził. Również bromural i luminal działały dość dobrze tylko z początku. Somnifen w ilości 30 kropel bez działania. Przeciwko bezsenności podano tedy dial i to w dawce zaledwie 0.05 g. Chora zasypiała po 30 minutach i spała 8 godzin bez przerwy, wzgl. raz zbudziła się, zasypiała jednak i spała do rana. Raz jedyny skarżyła się rano na nieznaczny ból głowy.

Chora Stan., lat 35. *Aortitis luetica.* U pacjentki wystąpiło po przestrachu kołatanie serca i bóle nad mostkiem. Zdenerwowana temi objawami spędziła całą noc bezsennie. Przedpołudniem podano 1/2 past. dialu. Chora uspokoiła się rychło, nie zasnęła, gdyż przeszkadzano jej. Wieczorem 0,05 dialu sprowadził całonocny, doskonały sen. Odtąd w razie bólu 1/2 past. zażytej w dzień usuwało ból i uspokajało chorą, 1/2 past. pobranej wieczorem przeciwko bezsenności wystarczało do sprowadzenia snu.

H. J., lat 18. Gruźlica płuc, krwotoki płucne. Chora zaniepokojona swym stanem nie sypia od szeregu nocy. Nie miałem doświadczenia w stosunku do didialu, uważałem go za środek nasenny słaby. Ze względów materjalnych rodziny oddałem rurkę z didialem chorej. Po zażyciu 1 pastylki spała chora bez przerwy 18 godzin (!). Przez kilka wieczorów z rzędu zażywała po 1/2 past. didialu i spała dobrze całą noc. Środek poleciłem odstawić. Ponieważ chora zasnąć nie mogła zażyła 3/4 past. i spała od 12-tej w nocy do 10-tej rano. Zbudzona do śniadania zasnęła o 12-tej na 3 godziny, poczem przez całe popołudnie była senna, chorej jednak celowo przeszkadzano w śnie. Pod jakimś pretekstem zabrałem chorej resztę didialu.

Na przykładzie tym widzimy jak silne jest działanie nasenne didialu w przypadku bezsenności nie wywołanej bólami.

W przyp. Dąb., *myodegeneratio cordis* z niemiarowością tętna, podawano przeciwko bezsenności na noc past. dialu. Chora sypiała przez całą noc. Rano skarżyła się na uczucie zamroczenia.

M. R., lat 33. *Sinusitis frontalis* po grypie. Przeciwko silnym bólom głowy podawano 2 r. dz. 0,05 dialu bez efektu. Dopiero dawki 0,1 rano a 0,2 na noc zmniejszały bóle, dawka wieczorna sprowadzała sen (chory spał po raz pierwszy od kilku dni). Rano bóle powracały. Lepiej od dialu działała przeciwko bólom mieszanka, wprost frapujące działanie (jak tego zresztą należało spodziewać się) uzyskano po zastrzykach 10 ccm 10% calc. chlor. dożylnie.

Z przedstawienia dotychczasowych przypadków wynika, że dial stosowałem jako środek przeciwbólowy i nasenny, przyczem zaburzenia snu wywołane były prawie wyłącznie bólami, niepokojem, podnieceniem psychoruchowem.

Druga grupa zaburzeń snu obejmuje 18 przypadków, w których bezsenność nie była wywołana bólem, ani żadnemi innemi dolegliwościami. W grupie tej znachodzą się pacjenci cierpiący na bezsenność od szeregu tygodni, a nawet miesięcy, których bezsenność była jedynym objawem chorobowym. Dalej chorzy z najrozmaitszemi cierpieniami organicznemi z zakresu chorób neurologicznych i internistycznych, u których w ciągu ich cierpienia zjawiała się przejściowo bezsenność.

Otóż w przypadkach bezsenności pierwotnej, a więc nie wywołanej bólem, kaszlem, zrywaniami mięśniowemi i t. p. okazał się dial doskonałym środkiem nasennym. Sen zjawiał się średnio po 30 minutach i trwał nieprzerwanie 7—10 godzin. Sen był dobry, orzeźwiający. U niektórych chorych mogłem w trakcie leczenia obniżyć dawkę do 1/2 past. dialu. Dawka ta wystarczała w zupełności by sprowadzić dobry sen.

Podawałem też dial, wzgl. cibalginę w 38 przypadkach po nakłuciu lędźwiowem. Jak wiadomo, prawie w każdym przypadku występują, choćby nieznaczne bóle głowy, rzadziej silne bóle, bóle krzyżów, niekiedy bóle przestrzałowe brzucha, częściej klatki piersiowej; te ostatnie bóle zaostrzają się przy głębokim wdechu. Przedmiotowo nie odkrywamy niczego lub stwierdzamy sztywność karku, objaw Kerniga, zwolnienie lub przyśpieszenie tętna. Nie wchodząc tu w przyczyny tego zjawiska, noszącego ogólną nazwę *meningismus,* nadmienię, że nawet specjalnie podawane a skrupulatnie wykonywane kautele, jak leżenie pół godziny po nakłuciu na brzuchu, później 24-godzinne nieruchome leżenie na wznak przy nisko ułożonej głowie, wprowadzenie 70 g magnes. sulf. w 100 g wody do kiszki stolcowej, zastrzyki dożylne hypertonicznych roztworów urotropiny, chlorku sodowego, glukozy i t. p., nie zawsze chronią chorego przed wystąpieniem przykrych objawów. Rozpocząłem systematyczne obserwacje podając każdemu choremu bezpośrednio po nakłuciu (przedpołudniem, zwykle pomiędzy 10-tą a 12-tą godziną) i na noc po 1/2 past. dialu, w późniejszych obserwacjach po 1 kołaczyku cibalginy.

Materjał mój obejmuje jednostki chorobowe różnorakie, że wymienię tylko rwę kulszową, neuralgje, zapalenia nerwów, zapalenia mnogich nerwów, zapalenia rdzenia, kiłę mózgu i rdzenia, wiąd rdzenia, guzy pozardzeniowe, jamistość rdzenia, krwotoki dordzeniowe, stwardnienie rozsiane, guzy mózgu, padaczkę, narkolepsję, histerję, neurastenję, paraliż postępujący, zapalenie opon kiłowe i t. p.

Otóż od czasu podawania dialu, wzgl. cibalginy nie obserwowałem ani jednego przypadku, w którym wystąpiłyby cięższe objawy po nakłuciu. W 4-ch zaledwie przypadkach (traktowanych dialem, ani w jednym przypadku, w którym podawano cibalginę) na ogólną liczbę 38, skarżyli się chorzy na lekkie bóle głowy. Ciekawą jest rzeczą, że bóle te występowały dopiero po 3—4, a nawet 5 dniach od wykonanego nakłucia. Cibalgina w ilości 1—2 kołaczyków na dzień usuwała bóle w zupełności. Podkreślić muszę, że objawy meningismu nie występowały nawet w przypadkach stwardnienia rozsianego. Znaną jest rzeczą, że chorzy z tem cierpieniem znoszą nakłucie prawie zawsze źle.

Na specjalną uwagę zasługuje działanie przeciwbólowe cibalginy w przypadkach bólów głowy. Cibalgina działa doskonale i szybko. Po zażyciu 1 tabletki w ciągu 10 minut ból zmniejsza się, w ciągu następnych 10 minut zwykle znika. Działanie utrzymuje się conajmniej w ciągu 10 godzin. W ciągu kilkunastu miesięcy miałem wiele sposobności, by na oddziale, w praktyce prywatnej i w rodzinie przekonać się o wybornem działaniu przeciwbólowem cibalginy. Materjał mój obejmuje 63 przypadki. (W statystyce odpada 23 chorych, gdyż zaliczyłem ich do innych grup, jak grupy wiądu rdzenia, rwy kulszowej i t. d.). W pierwszym rzędzie chodziło w obserwacjach mych o bóle głowy występujące okolicznościowo, dla których powstania nie jesteśmy w stanie podać pewnej przyczyny. Jako przyczynę podawali chorzy zły sen, niepokój innych chorych, obawę przed nakłuciem, zabiegami chirurgicznemi, zdenerwowanie swym stanem chorobowym, zaburzenia żołądkowe, suche powietrze w salach ogrzanych kaloryferami i t. p. Nadto stosowałem cibalginę również z doskonałym skutkiem przeciwko bólom głowy w okresie menstruacji (patrz niżej), po przepracowaniu umysłowem, po lekkiem zaczadzeniu u osób prasujących bieliznę. Cibalgina zmniejsza również bóle głowy występujące w związku z katarem nosa. Bóle te umiejscawiają się nad zatokami czołowemi. W tych bólach działa jednak chlorek wapniowy lepiej *(calc. chlor.* 20,0 — *aquae Menthae pip.* 300,0, od 8—4 łyżek dziennie).

Nie na tem kończy się jednak zakres działania cibalginy. Podawałem ją również w przypadkach organicznych schorzeń mózgu z bólami głowy, w których bóle te nie były następstwem podwyższonego ciśnienia śródczaszkowego. Oto kilka przykładów z 17 przypadków.

K. K., lat 25. Chory przeszedł *meningitis luetica.* Okresowo zjawiały się w następnych dwu latach bóle głowy oporne na leczenie bizmutem (airol) i jodem *(kal. jod., jodipinum).* Otóż bóle te usuwała szybko cibalgina w ilości 1—2 tabl. dziennie.

W przypadku P. A., lat 67, *lues cerebri,* hypertonia — 220 mmHg, zjawiały się bóle głowy. Diuretyna, jod, upusty krwi bez wpływu. Cibalgina usuwała bóle głowy.

M. B., lat 21, porażenie lewostronne; etjologia niejasna: krwotok, guz?. Gwałtowne bóle głowy. Upust płynu bez wpływu proszki mieszane usuwają bóle nieznacznie i dopiero w ilości 3 na dzień. Hypertoniczne roztwory zmniejszają ból na czas krótki.

Cibalgina usuwała bóle szybko i doszczętnie, na przeciąg 6—10 godzin.

Ma się rozumieć, że w przypadkach cierpień organicznych mózgu, zanotowaliśmy szereg obserwacyj, w których cibalgina była zupełnie bez wpływu na bóle głowy. Należy tu szereg przypadków guza mózgowego, przypadek ropnia móżdżku pochodzenia usznego z zapaleniem odczynowem opon, przypadek zapalenia surowiczego opon po urazie (doskonale zadziałał chlorek sodowy 10% — 10 ccm dożylnie) i szereg innych przypadków.

Drugą dziedziną, w której uzyskałem doskonałe wyniki przy podawaniu cibalginy są dolegliwości menstruacyjne: bóle w krzyżach, w nogach, bóle głowy, ogólny niepokój, drażliwość, zły sen i t. p. Cibalgina dała wyniki doskonałe. Stosowałem ją w 17 przypadkach tych dolegliwości. W niektórych przypadkach chodziło o osoby z gruźlicą płuc, niedokrewnością, bladnicą, przewlekłem zapaleniem przydatków, w jednym menstruacja była zbyt skąpa, w 3-ch bardzo obfita. Szereg osób zażywało przedtem inne środki, jak mieszanka przeciwbólowa, (działanie słabe); dość dobrze działała antipiryna, lepiej piramidon, allonal, weramon. *Extr. Belladonnae* w czopkach wystarczała tylko w tych razach, w których chodziło jedynie o bóle w krzyżach i dolegliwości jelitowe.

Tylko w jednym przypadku miałem sposobność podać cibalginę u chorej z zapaleniem przymacicza i przydatków o początku nagłym wśród dreszczów i ciepłoty do 40° C. Działanie przeciwbólowe cibalginy w kołaczykach było niewystarczające. Pantopon z extr. belladon. à 0,02, w czopkach sprowadził tylko nieznaczną ulgę.

Raz jedyny podałem cibalginę przeciwko bólowi zęba (próchnica, zapalenie ozębnej). Chodziło o chorego z ciężką wadą sercową, zapaleniem ostrem nerek i z zapaleniem nerwów splotu barkowego. Jeden kołaczyk usunął ból zęba po 8 minutach na przeciąg 5 godzin.

W przypadkach padaczki podawałem dial, didial, wzgl. dialacetynę. Do statystyki mej wciągnąłem jedynie 2 przypadki, gdyż tylko dwu chorych udało mi się obserwować w ciągu dłuższego czasu. Na podstawie tych dwu przypadków trudno jest mi wydawać niewzruszalny sąd, tembardziej, że wyniki moje różnią się od wyników szeregu autorów (Pierre Marie, Crouzon i Boutier (praca wspólna), Béhague, Paul-Boncour, Roubinovitch i Lausier, Launay (badania przeprowadzone u 32 pacjentów w ciągu 5 miesięcy) i inni), którzy stwierdzili doskonałe działanie dialacetyny w epilepsji. Możliwe jednak, że różnica w uzyskanych wynikach polega na tem, że chorzy tychże autorów leczeni byli głównie bromem, który bezsprzecznie daje gorsze wyniki, aniżeli luminal. Na podstawie mego doświadczenia mogę stwierdzić, że dialacetyna jest środkiem przeciwdrgawkowym, wpływa korzystnie na ilość napadów epileptycznych, pozostaje jednak w tyle poza luminalem. Dialacetyna mogłaby jednak znaleźć zastosowanie jako środek przeciwepileptyczny w tych razach, w których z jakichkolwiek przyczyn nie możemy podać luminalu Wchodzą tu w grę pewne kwestje socjalne, które musimy wyjątkowo uwzględnić (luminal jest aż nadto znany jako środek przeciwko padaczce), i te przypadki, w których luminal wywołał objawy zatrucia i osutkę. Dialacetyna podawana nawet przez długie miesiące nie daje osutek.

Przypadek pierwszy dotyczy chorego E. E., lat 17. Pacjent przebył w dzieciństwie zapalenie mózgu z pozostawieniem lekkiego niedowładu prawostronnego. Od szeregu lat codziennie napad padaczkowy. Brom (1 g) i 2 past. gardenalu na dzień zmniejszyły liczbę napadów do 3—4 na tydzień. Odstawiłem dotychczasowe leki i przez 10 dni podawałem dial w dawce 0,1 g na noc. W ciągu tego czasu wystąpiły tylko 3 napady (chory jednak leżał w łóżku) Po pewnym czasie wykonano u pacjenta encefalografję dla celów rozpoznawczych i leczniczych. W ciągu jednego miesiąca po zabiegu napady nie występowały; chory zażywał w tym okresie 0,1 g luminalu na noc. Po miesiącu ataki powróciły średnio 3 na tydzień. Zwiększyłem luminal do 0,1 rano i 0,1 na noc. Jednocześnie podawałem 3 razy dziennie po 2 pastylki antispasmolu „Klawe". W ciągu kilkumiesięcznej obserwacji ilość napadów wynosiła 3 na tydzień. Odstawiłem luminal (odrazu) i antispasmol i podałem 1 pastylkę dialacetyny na noc. Preparat ten zażywał chory 6 tygodni. W ciągu tego czasu ilość napadów wynosiła 4 na tydzień. Chory powrócił do luminalu.

Przypadek drugi odnosi się do chorego T. K., lat 26. Od dzieciństwa padaczka. Chory miewał około 7 napadów dziennie. Po luminalu (0,1 na noc) ilość napadów spadła do jednego dziennie. Po próbach odstawienia luminalu (chory bez środków utrzymania), napady w dawnej częstości. Obserwacje me nad działaniem dialu rozpoczałem po 5 tygodniowem podawaniu luminalu w dawce 0,1 g. Usunąłem luminal i podałem 0,1 dialu na noc. W pierwszych dniach ilość napadów nie zmieniła się, wynosiła 1 atak na dobę. Siódmego jednak i ósmego dnia wzrosła ilość napadów do 2, wzgl. 3. Chory prosi o podanie luminalu lub gardenalu. Po tygodniu luminalowym rozpocząłem podawanie didialu w ilości ½ past. na noc. Przez 9 dni jeden napad dziennie, od 10-go dnia po kilka napadów. Pacjent przeszedł znowu do luminalu, poczem rozpocząłem podawania dialacetyny, mianowicie 1 pastylkę na noc. Preparat ten zażywał chory przeszło 8 tygodni. Działanie dialacetyny było bezsprzecznie gorsze od działania luminalu, średnio na każde 4 dnie wypadało w czasie leczenia dialacetyną 7 napadów.

Dialacetyna okazała się lekiem wprost specyficznym, przeciwko skurczom mięśniowym w przypadkach uszkodzenia dróg piramidowych (podwyższenie napięcia mięśniowego, wygórowanie odruchów ścięgnisto-okostnowych, ew. drganie rzepki, stopotrząs, objaw Babińskiego, Oppenheima, Rossolimo i t. d.). W przypadkach tych występują, jak wiadomo na drodze odruchowej (bardzo często w nocy, pozornie samoistnie), pod wpływem minimalnych pobudek zewnętrznych, jak odkrycia chorego (różnica ciepłoty), ucisku kołdry, poruszenia łóżka, pościeli, tembardziej przy poruszeniu się chorego, przy próbie siadania i t. p. skurcze pewnych grup mięśniowych powodujące przemieszczenie odcinków kończyn a więc zgięcie, wzgl. wyprostowanie kończyny dolnej w stawie biodrowym, kolanowym, zgięcie stopy ku górze, addukcja ud, skrzyżowanie ud, zgięcie, wzgl. wyprostowanie kończyny górnej w stawie łokciowym i t. p., nadto skurcze mięśni brzucha i kręgosłupa. Skurcze te są dla chorego przykre, niekiedy bolesne, w niektórych przypadkach ból jest tak silny, że chorzy wystawieni są dniami i nocami na prawdziwe katusze. Chorzy ci godzą się raczej ze swym losem porażeńców przykutych do łóżka, nie są jednak w stanie znieść nieludzkich niekiedy mąk wywołanych ciągłemi skurczami i rozkurczami odnóży, przeważnie dolnych. Często skurcze te odbierają chorym sen. Dotychczas podawano przeciwko omawianym skurczom z niejakim efektem aspirynę w dawkach 0,5 do 1 g, 1—2 razy dziennie. Wszystkie inne środki zawodziły, z wyjątkiem morfiny i pantoponu.

Rozpocząłem obserwacje nad działaniem dialu. Dawka ½ past. nie sprowadzała żadnego dodatniego efektu, dawki większe i częstsze (2 razy dziennie po 0,1 g) przynosiły ulgę, przez czas dłuższy nie mogły być jednak stosowane z powodu swego działania nasennego.

Zwróciłem się tedy do dialacetyny, której działanie przeciwko skurczom mięśniowym pochodzenia piramidowego okazało się wprost specyficzne. Za najlepszy sposób dawkowania uważam podawanie dialacetyny 3 razy dziennie po ½ past., przyczem dawkę ostatnią podaję przed snem. Najlepiej jednak wypróbować dawkowanie indywidualnie. Już w pierwszych dniach podawania wpływa dialacetyna łagodząco na skurcze, w późniejszych usuwa przeważnie w zupełności skurcze.

Dialacetynę stosowałem przeciwko omówionym skurczom mięśniowym w najrozmaitszych schorzeniach Przypadki moje obejmują następujące rozpoznania: *lues spinalis, paralysis spastica spinalis, pseudoparalysis spastica spinalis, sclerosis lateralis amyotrophica, haemotomyelia, myelitis acuta et chronica, spondylitis tuberculosa*, wzgl. *fractura columnae vertebralis* z uciskiem na rdzeń, *hemiplegia cerebralis, diplegia cerebralis* (wada sercowa, dwukrotny zator naczyniowy), po jednym przypadku, — 5 przypadków *sclerosis multiplex*, 5 guzów pozardzeniowych, 2 przyp. *myelosis funicularis*, wreszcie 4 przyp. uszkodzenia urazowego rdzenia (3 przebicia nożem, 1 zranienia kulą karabinową).

Materjał mój obejmuje więc 29 chorych. Tylko w 2 przypadkach dialacetyna nie wpłynęła na skurcze mięśniowe: w pierwszym chodziło o chorego z rozpoznaniem *pachymeningitis spinalis*, którego obserwowałem zaledwie przez 3 dni, w drugim o chorą z guzem pozatwardówkowym rdzenia odcinka szyjnego z kolosalnie podwyższonem napięciem mięśniowem w kończynach dolnych. We wszystkich innych przypadkach zaznaczała się poprawa już pierwszego, najdalej drugiego dnia od podania dialacetyny. Skurcze mięśniowe stawały się rzadsze, mniej intenzywne, mniej bolesne, a nawet w najgorszych przypadkach przy odpowiedniem dozowaniu zanikały zupełnie. Przerwa w podaniu środka sprowadzała nawrót skurczów tego samego dnia lub w najbliższych 3—4 dniach.

We wszystkich przypadkach badałem również wpływ dialacetyny na zachowanie się napięcia mięśniowego. Prócz przypadków ze skurczami mięśniowemi podawałem dialacetynę kilku chorym, jedynie z podwyższonem napięciem mięśniowem pochodzenia piramidowego. Nie zauważyłem jednak większego wpływu dialacetyny na zachowanie się tegoż napięcia. Zmniejszanie się na-

pięcia mięśniowego po szeregu tygodniach leczenia (specyficznego, gorączkowego, resorbcyjnego i t. p.), nie było wybitniejsze, aniżeli u chorych, którym nie podawałem dialacetyny. Zmniejszanie, wzgl. usuwanie skurczów mięśniowych przez dialacetynę polega niewątpliwie na jej działaniu analgetycznem obwodowo. Jest to właściwość wszystkich pochodnych kwasu barbiturowego, działających analgetycznie przez zmniejszenie pobudliwości łuku odruchowego. Właściwość ta jest w dialacetynie spotęgowana, dialacetyna działa, jakby wybiórczo na któryś ze składników łuku odruchowego.

Sądzę, że kilka przykładów zilustruje najlepiej działanie dialacetyny.

St. B., lat 39. *Anaemia perniciosa.* W pierwszych tygodniach obserwacji objawy wiądu rdzenia, do których dołączyły się następnie objawy piramidowe. Powoli rozwinął się obraz *myelosis funicularis.* Przypadek skomplikowany o tyle, że przed trzema laty stwierdzono u chorego wadę zastawkową aorty, przyczem odczyn Wassermanna we krwi był odtąd stale dodatni. Kliniczny jednak przebieg, zachowanie się płynu mózgowo-rdzeniowego upoważniły nas do rozpoznania anemji pierwotnej u chorego z kiłą. Do anemji należało też odnieść zmiany rdzeniowe. Otóż z chwilą pojawienia się objawów piramidowych wystąpiły, mimo wybitnie obniżonego napięcia mięśni w kończynach dolnych, b. rozległe odruchowe skurcze w nogach w postaci częstych podrygów. Skurcze te były bolesne, a nadto utrzymywała się stała bolesność w stawie biodrowym lewym. U chorego rozpocząłem podawanie jednej pastylki dialacetyny rano. Dawka ta jednak sprowadzała po kwandransie $1^1/_2$ godzinny sen; zbudzony do obiadu chory był senny, toteż zasypiał po obiedzie na $2^1/_2$ godziny. Zmieniłem tedy dawkowanie, a mianowicie podawałem $^1/_2$ past. rano i $^1/_2$ past. w południe. Działanie było b. szybkie. Już po 10—15 minutach występowała znaczna ulga. Po $^1/_2$ godzinie skurcze ustawały na przeciąg 5—6 godzin zupełnie. Na ogół był chory stale senny już z racji swej wybitnej niedokrewności, po zażyciu więc $^1/_2$ past. dialacetyny często zasypiał. Skurcze mięśniowe rzadko tylko występowały w nocy. W tych razach dialacetyna ($^1/_2$ past.) usuwała je i sprowadzała rychły sen. Mimo swego wyczerpania chory znosił dialacetynę dobrze. Raz jedyny skarżył się na silne osłabienie, poty i ciężkość głowy.

L. S., lat 56. *Sclerosis lateralis amyotrophica.* Cierpienie przebiegało w ciągu roku pod postacią *paralysis spastica spinalis.* Od początku choroby bez przerwy całemi tygodniami z małemi tylko przerwami występują skurcze mięśni nóg i rąk, skurcze mięśni grzbietowych, klatki piersiowej. W dniach poprzedzających zniżki barometryczne i w dniach niepogody skurcze są tak silne (ciągłe nierytmiczne zginanie i wyprostowanie nóg), że chora bezustannie jęczy, nie sypia nocami, prosi o zatrucie. Rozpocząłem podawanie dialacetyny, która w dniach lepszych usuwała skurcze zupełnie, w dniach gorszych sprowadzała tak wybitną poprawę, że chora powróciła do równowagi duchowej. Co najważniejsze dialacetyna umożliwiła dobry sen. Pacjentka nie może obecnie obejść się bez dialacetyny, którą zażywa już blisko rok. Przyzwyczajenie nie nastąpiło: w okresach bezskurczowych nie zażywa środka zupełnie, dawek nie zwiększa. Dialacetynę zażywa pacjentka następująco: w dniach lepszych 1—3 razy dziennie po $^1/_4$ past., w dniach gorszych 2—3 razy dziennie po $^1/_2$ past., w razie bardzo silnych skurczów odrazu $^3/_4$ do 1 past.

G. M., lat 30. Guz pozardzeniowy, paraparesa spastyczna z silnemi zrywaniami (skurczami w kończynach dolnych). Podawałem 2 razy dziennie po $^1/_2$ past. dialacetyny (rano i wieczór). Już pierwszego dnia wystąpiło polepszenie, drugiego dnia znikły skurcze zupełnie. Chcąc się przekonać o faktycznem działaniu dialacetyny odstawiłem preparat. Otóż dnia trzeciego zjawiły się skurcze z powrotem. Po ponownem podaniu środka już w tym samym dniu ustały zrywania. Odtąd zażywał chory stale dialacetynę aż do dnia operacji, chwaląc sobie środek o tak szybkiem i doskonałem działaniu przeciwko skurczom mięśniowym odbierającym mu w dzień spokój a w nocy sen.

J. S., lat 22. Chory podaje, że przed pół rokiem pchnięty w kręgosłup nożem stracił władzę w kończynach dolnych. Badanie wykazuje paraplegję spastyczną i zmiany czuciowe, zgadzające się z wysokością blizny. Nadto Wassermann płynu i krwi dodatni, w płynie białko wzmożone, pleocytoza, — pewne zmiany w nerwach mózgowych i kończynach górnych, zmuszające do postawienia prócz tego rozpoznania *lues cerebro-spinal.* Napięcie mięśniowe w nogach tak kolosalnie wzmożone, że tylko przy użyciu maksymalnej siły można zgiąć kończyny (stosując rękoczyn Marie-Foix b. łatwo); skurcze adduktorów nie do przezwyciężenia. Przy najmniejszej próbie poruszenia się, przy dotknięciu łóżka, kołdry i t. p. kolosalne skurcze mięśniowe, bolesne. Podawałem 3 razy dziennie po $^1/_2$ past. dialacetyny; z początku łagodziła ona skurcze, później usuwała je zupełnie.

R e s u m é: Materjał mój obejmuje 271 przypadków. Jako środek kojący, przeciwbólowy i nasenny stosowałem preparaty dialowe w 15 przypadkach wiądu rdzenia (w tem 2 przyp. *taboparalysis)* z powodu bólów przestrzałowych, opasujących i innych senzacyj bólowych, — w 23 przypadkach rwy kulszowej, w 19 przypadkach bólów o charakterze korzonkowym (gruźlica kręgów, stawu krzyżowo-biodrowego, nowotworowe przerzuty do kręgów, guzy korzonków rdzeniowych, ucisk mas nowotworowych, wzgl. zmienionych gruczołów na sploty nerwowe, tło zapalne a więc *polyradiculitis),* w 3 przypadkach neuralgji nerwu trójdzielnego, w 2 nerwu potylicznego, w 3 mnogiego zapalenia nerwów, w 3 zapalenia nerwów splotu barkowego, nadto w 13 przypadkach bólu głowy (niepokoju, bezsenności), w związku z podwyższeniem ciśnienia śródczaszkowego (wodogłowie, meningitydy, guz mózgu).

Cibalgina (1—2 kołaczyków dziennie) jest doskonałym środkiem kojącym i przeciwbólowym w przypadkach lekkich i średnio-ciężkich. Tylko wyjątkowo, w warunkach specjalnie przychylnych działa cibalgina również nasennie. Jako środek przeciwbólowy działa dial w dawce 0,05 g (1—3 razy dziennie) równie dobrze, nieco częściej jednak aniżeli cibalgina sprowadza senność lub sen. Działanie przeciwbólowe cibalginy, wzgl. dialu rozpoczyna się w 10 do 15 minut od zażycia leku a trwa 5—6 godzin, niekiedy nawet cały dzień. W przypadkach średnio-ciężkich i ciężkich dial w dawkach 0,1 do 0,15 g usuwa lub koi bóle, sprowadzając niekiedy dzienny sen od $^1/_2$—2 wyjątkowo do $3^1/_2$ godzin. Nasenne działanie dialu można zmniejszyć zażywając lek w zimnej wodzie (pastylkę popić łykiem wody). W b. ciężkich przypadkach (bólów korzonkowych, neuralgji) dopiero dawka 0,2 g lub didial doustnie, względnie zastrzyk dialu lub cibalginy przynoszą uspokojenie bólów, czy też sen. Działanie preparatów stosowanych domięśniowo jest silniejsze, aniżeli stosowanych podskórnie; dożylnie nigdy nie stosowałem dialu, ani cibalginy. W przypadkach najcięższych zawodzi niekiedy didial, czy też zastrzyki domięśniowe dialu, czy cibalginy. Zwykle w razach tych preparaty makowcowe i weronal nie działają również.

Pacjentom osłabionym podawałem niekiedy $^1/_4$ tabletki dialu co 3 godziny (3—4 razy dziennie).

U chorych z podwyższoną ciepłotą ciała o wiele lepsze działanie od dialu i cibalginy wywierała dialacetyna. Prócz działania przeciwbólowego obniżała dialacetyna ciepłotę. W dawkach $^1/_2$ pastylki sprowadzała niekiedy senność lub krótki sen, 1 pastylka obniżała podwyższoną ciepłotę o 0,5 do 1° C. działając dobrze nasennie.

Przeciwko bólom sprowokowanym, czy też zaostrzonym flegetanem działała dialacetyna przeciwbólowo lepiej od dialu i cibalginy.

Preparaty dialowe podawane na noc powodują zmniejszenie dziennych bólów.

W jednym przypadku eudokalizmu (wiąd rdzenia) i w 2 przypadkach morfinizmu (wiąd rdzenia, przerzuty nowotworowe do kręgów z kolosalnemi bólami korzonkowemi) odstawiłem z miejsca lub przez zmniejszanie dawek preparaty makowcowe a podałem dial, wzgl. cibalginę w zastrzykach lub didial. We wszystkich 3 przypadkach chorzy nie powrócili do preparatów makowcowych.

Dial zażyty w szklance ciepłej herbaty na pół godziny przed zamierzonym snem jest doskonałym środkiem nasennym, sprowadzając mimo silnych bólów po 0,1 g średnio 6—7 godzinny sen. Sen dłuższy całonocny (9 i więcej godzin) nie należy do rzadkości, w innych razach sen bywa krótszy (4—5 godzin). Wyjątkowo dial w dawce $^1/_2$ past. wystarcza, by sprowadzić dobry sen. Niekiedy dopiero dawki 0,15—0,2 doustnie lub w zastrzyku, czy też pastylka didialu sprowadzały odpowiednio długi sen. W przypadkach ciężkich i bardzo ciężkich sen trwać może tylko $2^1/_2$ do 4 godzin, krócej lub nie zjawia się wcale. W tych razach nie lepiej działają weronal i przetwory makowcowe. Sen zjawia się zwykle w 15—30 minut od zażycia środka, niekiedy jednak po 45 minutach a nawet po godzinie. Sen bywa nieprzerywany lub składa się często z dwu etapów: kilkugodzinnego snu, przerwy od kilku do kilkudziesięciu minut, po której zjawia się sen krótszy (do 4 godzin), lub drzemka.

Bardzo dobre wyniki otrzymałem w trzech przypadkach ogólnego podniecenia (zdenerwowania) podając cibalginę (1—2 past.), lub dial (do 0,2 g).

W 14 przypadkach chorób umysłowych, w przebiegu podnieceń, niepokoju chorych stosowałem dial, wzgl. didial. Dial okazał się środkiem za słabym. Didial jako środek uspokajający i nasenny jest środkiem bardzo dobrym dla przypadków średnio-ciężkich

podnieceń psychoruchowych. Działanie jego jest równorzędne, czy zbliżone do działania morfiny, pantoponu; niekiedy działanie didialu przewyższa preparaty makowcowe. Istnieją jednak trudności w podaniu didialu chorym niespokojnym. Należałoby przygotować didial w zastrzykach. U chorych szałowych działanie didialu jest za słabe.

W 11 przypadkach internistycznych z bólami wszelkiego rodzaju, z bezsennością wywołaną bólami w okolicy serca, kłuciem w klatce piersiowej, zdenerwowaniem i niepokojem dial (w jednym przypadku didial) usuwał ból i sprowadzał sen. W przypadku *sinusitis frontalis* dożylny zastrzyk *calc. chlorat.* okazał działanie o wiele lepsze.

W 18 przypadkach bezsenności niepowikłanej bólami, niepokojem i t. p., w przypadkach t. zw. bezsenności pierwotnej a także w przebiegu chorób organicznych (internistycznych i neurologicznych), dial okazał się środkiem pierwszorzędnym sprowadzając w dawce 0,1 g 7—10 godzinny nieprzerywany, orzeźwiający sen. W trakcie leczenia obniżałem niekiedy dawkę do 0,05 g.

W 38 przypadkach schorzeń neurologicznych podawałem bezpośrednio po nakłuciu lędźwiowem (przedpołudniem) i wieczorem po 1 kołaczyku cibalginy, wzgl. po ½ past. dialu. Tak często występujące po nakłuciu objawy meningismu nie wystąpiły ani w jednym przypadku. Jedynie w 4 przypadkach (traktowanych dialem ani w jednym, w którym podawałem cibalginę) wystąpił 3—5 dni po nakłuciu lekki ból głowy; ból ten usuwała szybko cibalgina.

Na specjalną uwagę zasługuje działanie cibalginy w przypadkach bólów głowy „okolicznościowych", „zwykłych". Zebrałem tych przypadków 63; we wszystkich działanie cibalginy okazało się doskonałe. Po kołaczyku cibalginy, zmniejszał się ból głowy przeważnie w ciągu 10 minut, w ciągu zaś następnych 10 minut znikał, conajmniej na przeciąg 6 godzin.

Nawet w kilku przypadkach bólów głowy w przebiegu cierpień organicznych mózgu (bez objawów wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego) cibalgina nie zawiodła.

Doskonałe wyniki otrzymałem w 17 przypadkach dolegliwości menstruacyjnych, jak bóle krzyżów, kończyn dolnych, bóle głowy, drażliwość i t. p.

W jednym przypadku ostrego zapalenia przymacicza i przydatków działanie cibalginy było niewystarczające.

W 2 przypadkach epilepsji stosowałem dialacetynę (jeden z chorych przebył w dzieciństwie zapalenie mózgu). Dialacetyna okazała się środkiem przeciwdrgawkowym gorszym od luminalu. Mogłaby ona jednak znaleźć zastosowanie jako środek przeciwdrgawkowy w tych razach, w których z jakichkolwiek przyczyn nie można dłużej podawać luminalu (objawy zatrucia, osutka).

Dialacetyna okazała działanie wprost specyficzne przeciwko skurczom mięśniowym w przypadkach uszkodzenia dróg piramidowych. Skurcze te są zawsze przykre, często bardzo bolesne, odbierają chorym spokój i sen. Przypadki moje obejmowały przedewszystkiem schorzenia rdzeniowe z uszkodzeniem dróg piramidowych. Na 29 przypadków zaledwie w dwu nie uzyskałem żadnej poprawy. We wszystkich innych poprawa zaznaczała się już najdalej drugiego dnia. Skurcze stawały się rzadsze i mniej bolesne. Przy dalszem podawaniu były minimalne, najczęściej nie zjawiały się zupełnie przez cały czas podawania. Na zachowanie się napięcia mięśniowego nie działa dialacetyna. Preparat ten podawałem najczęściej 3 razy dziennie po ½ pastylce, przyczem dawkę ostatnią na noc. Dawkowanie jednak należy zmieniać indywidualnie (od ¼ tabl. dziennie do 2 razy dziennie po 1 tabletce). Przeciwko wspomnianym skurczom mięśniowym dotychczas nie podawano dialacetyny.

Preparaty dialowe podawane doustnie (podskórnie i domięśniowo) nie wpływają na ciśnienie krwi, częstość oddechu i tętno. Dialacetyna obniża podwyższoną ciepłotę i sprowadza często poty. W dwu razach poty były tak silne, że chorzy czuli się osłabieni, jeden z nich z niedokrwistością złośliwą skarżył się na „ciężkość" głowy. W 2 przypadkach podawali chorzy (w czasie obserwacji raz jedyny), że po zażyciu dialu czuli zamęt, wzgl. zawroty głowy: w jednym chodziło o guz mózgu, w drugim o rozsiane stwardnienie, a więc o schorzenia, w przebiegu których zawroty głowy zdarzają się dość często. Po śnie dialowym jedna z pacjentek czuła się jakby pijana, a jeden z chorych skarżył się na uczucie zamroczenia. Didial (1 pastylka) wywołał dwukrotnie u jednego z pacjentów podniecenie trwające ¾ godziny, po tym czasie chory uspokoił się i rychło zasnął. Wszyscy inni chorzy, mimo dokładnych wypytywań, nie podawali żadnych skarg. Nie zauważyłem nigdy tego rodzaju wpływów ubocznych, jak brak apetytu, nudności, wymiotów, mdłości.

Prof. Dr. Wiktor REIS. Lwów.

Pęcherzyki gazu w przedniej komórce oka — nowy objaw rozpoznania różniczkowego przerzutowego zapalenia całej gałki ocznej na tle prątka okrężnicy przy cukrzycy *).

Ogólnie jest znanem, że prątek okrężnicy (*bacterium coli*) jest również chorobotwórczym dla narządu wzrokowego. W podręczniku Axenfelda p. t. „Bakterjologja w okulistyce" z r. 1927 wymienia Axenfeld rzadkie przypadki schorzeń spojówki, rogówki i woreczka łzowego, w których stwierdzono pałeczkę okrężnicy. W r. 1911 przedstawiłem w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem przypadek dotyczący noworodka z kliniki położniczej tutejszego Uniwersytetu, który wykazywał jednostronne wrodzone zapalenie woreczka łzowego. W wydzielinie woreczka stwierdzono obok gronkowców także i prątki okrężnicy.

O przypadku zakażenia pałeczką okrężnicy w następstwie zabiegu operacyjnego donosi Tschistjakow (1) a później także Morax i Coppez (2). W pierwszym przypadku wystąpiło ropienie gałki ocznej u 71-letniej chorej operowanej na zaćmę, które zakończyło się zanikiem gałki. Badanie bakterjologiczne wykazało prątki okrężnicy. Morax i Coppez spostrzegali w następstwie operacji zaćmy, której nie można było zakończyć sposobem prawidłowym, włóknikowo-ropne zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego, które w dalszym przebiegu choroby było wskazaniem do wyłuszczenia gałki. Z wysięku w komórce przedniej i z ciałka szklistego wyhodowano czystą hodowlę, która pod względem morfologicznym i zachowania się w hodowli okazała się identyczną z pałeczką okrężnicy.

Wśród rzadkich przypadków przerzutowego zapalenia gałki ocznej wymienia Axenfeld obok innych bodźców chorobotwórczych także prątka okrężnicy.

Według Herrenschwanda, który w r. 1927 opracował „Chorobotwórcze ustroje oka" ma się w przypadkach zapaleń przerzutowych oka przeważnie do czynienia z osobnikami, którzy cierpieli na schorzenie jelit, dróg żółciowych lub moczowych na tle prątka okrężnicy. Z przytoczonego tamże piśmiennictwa wymienię Cousina, który u chorej ze starą kamicą nerek i zapaleniem miedniczek i nerki spostrzegał przerzutowe zapalenie gałki ocznej wywołane prątkiem okrężnicy. W przypadku Bentleya cierpiał chory na zapalenie miedniczek nerkowych i pęcherza moczowego w następstwie zakażenia prątkiem okrężnicy, do czego później dołączyło się ropne zapalenie jagodówki.

Ogłoszona w r. 1928 obszerniejsza praca Wormsa i Sourdille'a (3), omawiająca powikłania oczne przy schorzeniach jelitowych specyficznej natury, może właśnie służyć za potwierdzenie wyż wspomnianych wywodów Herrenschwanda. Autorowie ci wymieniają w swej pracy nie tylko przypadki, w których pałeczki okrężnicy były przyczyną schorzeń jagodówki, ale również omawiają inne cierpienia podstawowe jak paratyfus, czerwonkę, zapalenie nieżytowe dróg żółciowych, które stały się punktem wyjścia dla powikłań ocznych. Do znanych przypadków zakażeń prątkiem okrężnicy dołączają wspomniani autorowie jeszcze kilka przypadków.

Obraz kliniczny, pod którym owe przerzutowe zakażenia oczne występowały, odpowiadał przeważnie postaciom *iridochorioiditis*, która w następstwie prowadziła do zapalenia całej gałki ocznej (*panophtalmitis*); rzadziej występowały te zapalenia pod postacią *iridocyclitis*. Cierpienia podstawowe stanowiły przeważnie cierpienia nerek, (*colicystitis, pyelitis, pyelonephritis*), w których stwierdzono pałeczki okrężnicy jako czynnik chorobotwórczy.

Odosobnionym jest przypadek Pascheffa (4) z Zofji, który u chorej z cukrzycą stwierdził zapalenie całej gałki ocznej, wywołane przez bakterjologicznie stwierdzone prątki okrężnicy, znajdujące się w ropie zawartości ocznej. Mimo ujemnego wyniku badania co do prątka okrężnicy we krwi, uważa Pascheff swój przypadek za przerzutowe ropne zapalenie całej jagodówki, wywołane prątkiem okrężnicy, powstałe prawdopodobnie na tle wnętrznego zakażenia pochodzenia jelitowego.

Przypadek przezemnie spostrzegany niezwykle ciężkiego schorzenia nerek powikłanego cukrzycą, dotyczył kobiety 50-letniej, która od dłuższego czasu pozostawała z powodu cukrzycy w leczeniu internistycznem Dr. M. Reichensteina. W r. 1918 pojawił się w moczu ślad białka i mocz był mętny. W tymże roku

*) Rzecz przedstawiona dnia 10 września 1929 na posiedzeniu naukowem XIII międzynarodowego Zjazdu okulistów w Amsterdamie i dnia 11 października 1929 w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem.

zasięgała chora z powodu jakichś niedomagań wzrokowych porady lekarskiej okulisty Dr. Atlasa, który stwierdził jako wywód uboczny istnienie obwodowego zapalenia naczyniówki na oku lewem.

W październiku 1922 wystąpił silny atak bólów w podbrzuszu lewem. Charakter bólów wskazywał na kamicę nerkową. Gorączka utrzymywała się przez 10 dni. Chora pozostawała w opiece lekarskiej urologa Dr. F. Mehrera.

Od 16 lutego do 19 marca 1923 była chora leczona na klinice Prof. Gottesmanna we Wrocławiu. Badanie bakterjologiczne wówczas przeprowadzone wykazało w moczu z lewej nerki przeważnie pałeczki okrężnicy, w moczu z prawej nerki oprócz prątka okrężnicy także gronkowce. Ciśnienie krwi badane sposobem Riva-Rocci 170 : 110, wzmogło się podczas jednomiesięcznego pobytu pacjentki na klinice do 225, tak że rokowanie było niekorzystne. Badanie mikroskopowe krwi wykazywało: hemoglobiny 55, ciałek czerwonych 4,240.000, leukocytów 9.000, wielojądrzastych 42, limfocytów 52 i 6 jednojądrzastych. Barwik krwi wzrósł podczas pobytu klinicznego do 70%.

Dnia 1 listopada ub. roku stwierdzili ordynujący we Lwowie lekarze w moczu 4% cukru, następnego dnia 1% białka.

Dnia 3 listopada chora oddała tylko szklankę moczu. Istniało podrażnienie do wymiotów. Żyły skroniowe po stronie lewej były silniej wypełnione. Chora straciła na oku lewem poczucie światła i bóle wystąpiły w oku lewem.

Wezwany na konsyljarne badanie do domu pacjentki stwierdziłem na oku lewem obraz kliniczny *iridocyclitis* z zamknięciem źrenicy.

Dnia 4 listopada nastąpiło znaczne pogorszenie stanu ogólnego. Chora była przeważnie bez przytomności, tętno ledwo wyczuwalne, niemiarowość tętna, 160. Chora oddaje zaledwie kilka centymetrów moczu.

W oku pojawiła się ropa w komórce przedniej.

Badanie krwi wykazywało poza zawartością cukru cytologiczny obraz ogólnej posocznicy.

Dnia 5 listopada widziałem chorą po raz drugi i wówczas podejrzywałem że mamy tu do czynienia z przerzutowem zapaleniem całej jagodówki. Źrenica nie rozszerzała się po atropinie, przednia komórka była płytka. Między tęczówką a rogówką można było bardzo wyraźnie zauważyć kilka pojedyńczych pęcherzyków gazowych. Gałka nie była zraniona, nie wykonano również nakłucia przedniej komórki, które mogłoby spowodować wejście powietrza.

Dnia 7 listopada nastąpiło zejście śmiertelne w następstwie ogólnej posocznicy, powstałej na tle ropnego zapalenia miedniczek nerkowych, zakażonych prątkiem okrężnicy.

Dla uzyskania pewnego rozpoznania należałoby przeprowadzić badanie bakterjologiczne wysięku z komórki przedniej lub zawartości ciałka szklistego. Ponieważ jednak w tym przypadku nie można było zastosować tej ściśle naukowej metody, pozostało jedynie tylko miarodajnem spostrzeżenie kliniczne.

W piśmiennictwie okulistycznem jest wzmianka o kilku przypadkach zapaleń gałki ocznej, w których przyszło do wytworzenia gazu. Jeden przypadek, opisany przez Dariera (5) w roku 1906, dotyczył 20-letniego mechanika, uszkodzonego w oko przez odprysk żelaza u którego badanie wziernikowe wykryło istnienie pęcherzyków gazowych w ciałku szklistem. W drugim przypadku przedstawionym w r. 1927 przez Clausena (6) w stowarzyszeniu okulistów ze środkowych Niemiec, skaleczenie spowodowane przez rozpryskujące się cząsteczki ziemi spowodowało ropienie całej gałki ocznej, wymagające w następstwie wypatroszenia gałki. Podczas zabiegu operacyjnego wydostały sie z ciałka szklistego bańki gazu. Na podstawie hodowli i szczepień na zwierzętach określono wyhodowany drobnoustrój jako prątek gazowy Fränkla.

Trzeci przypadek, spostrzegany również przez Clausena, dotyczył 43-letniego chorego, skaleczonego oderwanym kawałkiem żelaznej podkowy. Przy wydobywaniu ciała obcego elektromagnesem wydostały się również bańki gazu z ciałka szklistego. Prątek gazowy Fränkla dał także i w tym przypadku powód do powstania gazu.

Z przytoczonych powyżej przypadków wynika, że skaleczenia gałki stanowią ów moment wywołujący owe charakterystyczne objawy chorobowe i że drobnoustrój gaz wytwarzający zawsze z zewnątrz przedostał się do wnętrza gałki ocznej.

Inaczej ma się rzecz w przypadku przez nas spostrzeganym. Powstanie pęcherzyków gazowych w przedniej komórce oka możnaby tylko w ten sposób wytłumaczyć, że przyjmie się także dla przerzutowego zapalenia całej gałki ocznej jako tło zakażenie pałeczkami okrężnicy. Prątek ten przeniesiony prawdopodobnie na drodze krwionośnej do wnętrza gałki znalazł tamże korzystne warunki dla swego rozwoju — podłoże cukrowe w następstwie istniejącej już oddawna cukrzycy w ustroju. Znanem zaś jest, że na takiem podłożu prątek okrężnicy wytwarza gaz, który w postaci pęcherzyków gazowych gromadzących się w przedniej komórce oka uwidocznił się przy badaniu klinicznem. Jest to tem prawdopodobniejsze, jeśli się uwzględni że ciałko szkliste stanowi dobre podłoże dla prątka okrężnicy, jak to wynika z badań doświadczalnych Natansona i Pokrowskiego z r. 1914, którzy wywołali doświadczalnie na zwierzętach ropne zapalenie całej jagodówki w następstwie zastrzyku prątka okrężnicy do ciałka szklistego.

Tak więc spostrzeżenie pęcherzyków gazowych w komórce przedniej oka jest nowym dotychczas nieopisanym objawem klinicznym, który w przerzutowych zapaleniach oka może mieć zastosowanie przy rozpoznawaniu różniczkowem.

W medycynie ogólnej pojawienie się pęcherzyków gazowych w tkankach schorzałych na tle prątka okrężnicy jest zjawiskiem znanem pod nazwą „odmy jelitowej lub krezkowej".

Obszerną pracę dotyczącą tego przedmiotu ogłosił w r. 1924 Prof. Nowicki, który specjalnie zajmował się powstawaniem i etjologją odmy pęcherza moczowego i doszedł do wniosku, że odma pęcherza moczowego wywołaną jest przez drobnoustroje i to należące przeważnie do grupy prątka okrężnicy. Z piśmiennictwa w tej pracy przytoczonego wynika jednakże, że do powstania odmy niekoniecznie potrzebna jest zawartość cukru w moczu i we krwi; z licznych badaczy którzy zajmowali się tem zagadnieniem, tylko Hitschmann i Lindenthal utrzymują, że prątek okrężnicy wytwarza gaz tylko u chorych na cukrzycę.

Piśmiennictwo.

1) Tschistjakow: Zur Frage über die Bedeutung der Mikroorganismen der Koligruppe in der Pathologie des Auges. Westnik ophtalm. Ref. w Kl. M. f. A. 1914, 52. — 2) Morax i Coppez: Infection operatoire par le bacterium coli. Annal. d'Ocul. 1926, 163. 3) Worms et Sourdille: Complications oculaires des enteropathies a germes specifiques. Arch. d'Ophtalm. 1928. — 4) Pascheff: Panophtalmie colibacillaire enogene dans le diabete sucre et streptococcoique dans l'albuminurie. Annal. d'Ocul. 1914. — 5) Darier: Panophtalmie gazeuse et bacillus perfringens Clin. ophtalm. 1906. — 6) Clausen: Panophtalmitis durch Fränkelschen Gasbacillus. Kl. M. f. A. 1914, 52. — 8) Nowicki: Zur Enstehung und Aetiologie des Harnblasenemphysems. Virch. Arch. f. pathol. Anatomie, 1924, 253.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Tadeusz LEWICKI, abs. med. Lwów.

O spostrzeżeniach nad wpływem neosalvarsanu na przebieg odczynu Biernackiego (opadania ciałek czerwonych) u zdrowych i chorych.

Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Roman Rencki.

W bardzo bogatem piśmiennictwie o odczynie Biernackiego znajdujemy skąpe, a wręcz odmienne zdania o wpływie neosalvarsanu na przebieg tego odczynu. Jedni autorzy (Hara, Berde) spostrzegali po dożylnem podaniu małych dawek neosalvarsanu przyspieszenie opadania ciałek czerwonych, inni (Katz i Leffkovitz) nie stwierdzali po neosalvarsanie żadnych różnic w przebiegu odczynu Biernackiego.

Chcąc wyrobić sobie własne zdanie w tej sprawie, przeprowadziłem dokładne obserwacje na 16-tu klinicznych chorych: w tem na ośmiu osobnikach z dodatnim i na ośmiu z ujemnym odczynem Wassermanna. Postępowałem według poniżej podanego schematu:

1) Pobranie krwi na odczyn opadania ciałek czerwonych.

2) Bezpośrednio potem dożylne wprowadzenie 0,15 neosalvarsanu.

3) W godzinę po zastrzyku powtórne pobranie krwi na odczyn opadania ciałek czerwonych.

4) W 24 godzin potem pobranie krwi na odczyn Wassermanna i Sachsa Georgi'ego.

Odczyn opadania ciałek czerwonych wykonywałem sposobem Westergreena; za miarodajne przyjmowałem wyniki godzinne; dla ścisłości posługiwałem się, przy powtarzaniu odczynu u tego samego osobnika, stale tą samą pipetą; odczyny Wassermanna wykonywano w Państwowym Zakładzie Higjeny we Lwowie.

Uzyskane wyniki przedstawiają się następująco:

1) U wszystkich spostrzeganych osobników z ujemnym odczynem Wassermanna i Sachsa Georgi'ego nigdy nie podniosła się po neosalvarsanie szybkość opadania ciałek czerwonych, raczej zaznaczało się opóźnienie.

2) U wszystkich spostrzeganych osobników z dodatnim odczynem Wassermanna i Sachsa Georgi'ego stale występowało w godzinę po podaniu neosalvarsanu przemijające przyśpieszenie opadania ciałek czerwonych i to najmniej o 10 mm na godzinę. W dwu przypadkach szybkość opadania ciałek czerwonych wzrosła po prowokacji nawet około 4 razy (w jednym przypadku z 6-ciu na 24 mm, w drugim zaś z 21 mm na 80 mm na godzinę).

Wyniki te upoważniają do przyjęcia następujących wniosków:

1) Odmienne zdania o wpływie neosalvarsanu na przebieg opadania ciałek czerwonych pochodzą prawdopodobnie stąd, że jedni z autorów opierali widocznie swoje spostrzeżenia wyłącznie na osobnikach z ujemnym, inni zaś tylko na osobnikach z dodatnim odczynem Wassermanna.

2) Zjawisko stałego przyspieszenia opadania ciałek czerwonych po prowokacji u kiłowych i brak przyśpieszenia u osobników z ujemnym odczynem Wassermanna, o ile zostanie potwierdzony na większej ilości przypadków, może znaleść praktyczne zastosowanie jako jeden z pomocniczych, swoistych odczynów na kiłę. Znany od dawna objaw przyspieszenia opadania ciałek czerwonych w niektórych stadjach kiły, zwłaszcza w jej okresach zaostrzeń, nie ma, jako nie swoisty, znaczenia diagnostycznego. Natomiast stwierdzenie przyśpieszenia odczynu Biernackiego, jako wyrazu reakcji ustroju na swoistą prowokację może już przemawiać za obecnością kiły w ustroju. Podobnie w potwierdzonej także w naszej klinice, na większej ilości przypadków (Hornung) próbie Graf'ego i Reinweina, przyśpieszenie odczynu Biernackiego po minimalnych, podskórnych dawkach starej tuberkuliny, przemawia za obecnością gruźlicy w ustroju.

Piśmiennictwo.

1) Grafe u. Reinwein: Beitr. z. Klin. Tubercul. Bd. 54. — 2) Hara: Berichte über die gesamte Physiologie und experiment. Pharmakologie Bd. 26. — 3) Katz u. Leffkovitz: Erg. der. in. Med. u. Kinderh. Bd. 33.

Tadeusz ZAWODZIŃSKI. Warszawa.

W sprawie szycia porodowych pęknięć krocza w znieczuleniu miejscowem.

Z Kliniki Ginekologiczno-Położniczej U. W.

W klinice położniczo-ginekologicznej U. W. stosujemy znieczulenie miejscowe w każdem szyciu porodowego pęknięcia krocza. Uważając uśpienie ogólne w postaci odurzenia eterowego za szkodliwe i często niewystarczające wobec stanu pobudzenia operowanej w lekkiej narkozie eterowej, jesteśmy zdecydowanymi stronnikami znieczulenia miejscowego zapomocą związków pochodnych kokainy, gdyż unikając wspomnianego niebezpieczeństwa uzyskujemy możność operowania bezbolesnego.

W notatce niniejszej pragnę zdać sprawę z serji stu przypadków, w których środkiem znieczulającym był 1%-owy roztwór Allocainy Lumiere'a dostarczony klinice przez firmę L. Nasierowski w Warszawie. Preparat powyższy posiada wszystkie cechy dobrego środka znieczulającego: posiada wybitne działanie przeciwbólowe gdyż zupełne znieczulenie osiągnąć można zapomocą paru zaledwie cm³ (około 5-ciu najwyżej 10-ciu) 1%-ego roztworu, oczywista przy zwykłych postaciach pęknięcia krocza I-go lub II-go stopnia; jest ona trwała skoro przechowywana w zwykłych warunkach przy dość wysokiej temperaturze pokojowej, panującej na sali porodowej kliniki — nie zmieniła swych własności w ciągu półrocznego w niej przebywania.

Roztwór Allocainy ulega bardzo szybko wchłonieniu. Podkreślić to należy, gdyż słyszy się niekiedy zarzuty przeciwko samej metodzie znieczulania miejscowego, jakoby wywołującego obrzęk krocza po zeszyciu. W obserwowanych przez nas przypadkach zauważono obrzęk po zeszyciu zaledwie w 5-ciu przypadkach i to bardzo krótkotrwały. Podnieść zresztą wypada, że obrzęk ten jest właściwie skutkiem błędu operacyjnego, gdyż przy naciekowem znieczulaniu bynajmniej nie należy doprowadzać tkanek do widocznego obrzęku, przeciwnie — wystarczy łagodnie przesączyć je płynem, aby nie zmieniły one swej konfiguracji. Zresztą zbyt energiczne infiltrowanie tkanek wywołuje uczucie silnego bólu u pacjentki, jest więc nietylko zbędne, ale wprost mija się z celem. Dobroć znieczulenia bynajmniej nie zależy od dużej ilości płynu, ale od umiejętnego przesączenia tych właśnie tkanek, które mają być zeszywane.

Wreszcie przechodzimy do najważniejszego zarzutu stawianego przez przeciwników metody znieczulenia miejscowego: ma ono pogarszać wyniki co do gojenia się rany pooperacyjnej. Wśród naszych 100 przypadków, znieczulanych kolejno, bez wyboru — przez bardzo rozmaitych operatorów, przeważnie początkujących (szycie krocza dokonywują w klinice najczęściej lekarze-wolontarjusze), nie zagoiło się zaledwie 1 krocze. W innych 12 przypadkach stwierdzono nieznaczne rozejście się szwu w okolicy wędzidełka tylnego lub śluzówki przedsionka, które jednak szybko goiły się całkowicie, pozostając bez śladu dla pacjentki. Zaznaczyć przy tem należy, że w połowie (sześciu) tych przypadków, operatorowie już przy szyciu stwierdzali trudności techniczne, które wyraźnie zaraz po zabiegu (a więc nie znając jeszcze wyniku) zaznaczali w książce operacyjnej. Biorąc zatem pod uwagę zagojenie całkowite w 12 wspomnianych przypadkach wypada, że operacja zeszycia krocza chybiła swego celu tylko w jednym przypadku na 100.

Na zakończenie dla ścisłości wspomnę, że technika znieczulenia, stosowana w klinice polega na wkłuciu igły (dość długiej i niezbyt grubej) w dolnym kącie rany skórnej i nacieczeniu płynem brzegów tej rany. W przypadkach znacznego pęknięcia pochwy i przedsionka dodajemy dwa wkłucia w miejscach już znieczulonych, prowadząc igłę od okolicy wędzidełka wzdłuż brzegu rany w przedsionku i ewentualnie pochwy.

Reasumując śmiało polecić możemy na zasadzie powyższego doświadczenia znieczulenie miejscowe przy szyciu porodowego pęknięcia krocza z użyciem do tego Allocainy Lumiere'a tak dla praktyki szpitalnej jak i prywatnej.

S. MANZON. Brześć n./B.

Prosty przyrząd, dający możność jednorękim chorym na rzeżączkę, stosować strzykawkę Tarnowskiego.

Wiadomem jest, iż lekarz specjalista pracujący w Szpitalu lub w urządzonym ad hoc zakładzie leczniczym, mający do swego rozporządzenia dobrze wyćwiczony personel, nie ma tych trudności natury czysto technicznej, jakie spotyka w swoim gabinecie prywatnym lekarz przy wykonywaniu nieraz najprostszych zabiegów.

Najmniej zdawałoby się może te trudności odczuć lekarz-wenerolog. Janety i gujony, injekcje i infuzje, masaż gruczołu krokowego, i powiedzmy, cięcie bubonu nie są to zabiegi skomplikowane.

Co się tyczy strzykawki Tarnowskiego w leczeniu rzeżączki przedniej części cewki moczowej (która, nawiasem mówiąc zajmuje nawet w obecnym stanie leczenia rzeżączki naczelne miejsce), to używanie jej nawet przez mało inteligentnego chorego nie przedstawia żadnej trudności. Wystarczy jednorazowa demonstracja przez lekarza, żeby mieć pewność, że chory nauczył się władać tą bronią w walce ze swoją chorobą.

Przy pewnej kontroli ze strony lekarza (badanie mikroskopowe, wybór środków bakterjobóczych do wstrzykiwania) i sumiennem zachowaniu się chorego (rzecz naturalna, ważną rolę odgrywa wczesne zgłoszenie się po pomoc lekarską) — broń ta odpowiednio użyta daje nadzieję, iż w ciągu 5—6 tygodni uda się zniszczyć dwoinki Neissera w tych miejscach błony śluzowej, w których się usadowiły (zwykle na początku w warstwach powierzchownych), *et, cessante causa cessat morbus*, osiągnąć wyleczenie. Florę bakteryjną zastępującą zwykle gonokoki również lekko zwalcza się wstrzykiwaniem środków dezynfekcyjnych i ściągających, stan zapalny zaś często ustępuje sam przez się. Energiczna interwencja w tych wypadkach może tylko zaszkodzić.

Jeżeli niektórzy klinicyści twierdzą, iż w „większości przypadków rzeżączka" „jednak" przechodzi na tylną część cewki moczowej, to po pierwsze, przypadki „samoistnego" wyleczenia *Uret. gon. post. ac.* w początkowym okresie (kiedy nie towarzyszą jej inne powikłania), bez specjalnych zabiegów (wystarczy balsamica, *desynfic. salic.* etc.) nie są rzadkością — po drugie podzielam

raczej zdanie tej szkoły, która uważa, iż „więcej niż połowa przypadków rzeżączki przechodzi bez zajęcia tylnej części cewki moczowej“, przy, jak trafnie wyraża się Prof. Jessner („nicht zu kampflustiger Therapie“) — niezbyt czynnym sposobie leczenia (wolne tłumaczenie), a priori przyjmując, iż mamy do czynienia z chorym, ściśle wykonującym zalecenia lekarza.

Zatrzymuję się nieco dłużej nad tą kwestją dlatego, ponieważ uważam, że strzykawka Tarnowskiego i jej umiejętne stosowanie nawet przy obecnym stanie leczenia wogóle (swoiste, nieswoiste, chemotherapja etc.) odgrywa ważną rolę w leczeniu rzeżączki. Ja osobicie w niepowiklanej *Uret. gon. partis ant. urethrae* nie widziałem żadnej albo bardzo małą korzyść z różnych gonoccinów, neodmegonów, arthigonów, trypaflavinów, gonacrinów etc.

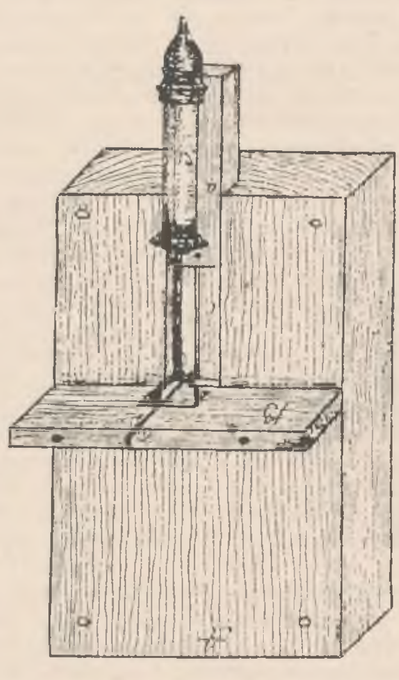
Stosowanie strzykawki Tarnowskiego zastrzyków do cewki moczowej (po przejściu ostrych objawów zapalnych i niezbyt silnym wycieku), preparatów srebra, bądź to grupy czysto bakterjobójczej (protargol, hegonon, choleval) bądź to grupy bakterjobójczej ściągającej (albargin, argentamin, ichthargan) — według klasyfikacji Perutza i Tajsnera *haemolitica i precipithatica*, przy jednoczesnej doustnej dezynfekcji dróg moczowych i higieniczno-dietetycznem leczeniu, daje prawie zawsze dobre wyniki.

Pomijam naturalnie przypadki z silną wirulencją dwoinek Neissera, *gon. profunda* i wogóle powikłania rzeżączki, z których niejedno wchodzi w zakres urologji.

Będąc takiego zdania (które przez niektórych kolegów może nawet być uważane za zbyt optymistyczne) o przebiegu *Uretr. gon. ant. ac.* — i przywiązując taką wagę w jej leczeniu do strzykawki Tarnowskiego tembardziej byłem bezradny, kiedy przytrafił mi się pacjent kikut ze świeżą rzeżączką.

Liczba nieszczęśliwców, którzy podczas wojny i nawet po niej stracili jedną rękę, albo cierpią na niedowład jednej górnej kończyny, znacznie się zwiększyła, to też podając niżej opis i szkic „skonstruowanego“, jeżeli można się tak wyrazić, przezemnie przyrządu, chcę mieć nadzieję, że komukolwiek z kolegów w leczeniu kikutów może się to kiedyś przydać.

Sytuacja lekarza, u którego zasięga porady taki chory, mieszkający nieraz w głuchym kąciku, gdzie niema nawet felczera, rzeczywiście może być trudna.



Przyrząd (szkic załączony) składa się z deseczki „A“ grubości 2 cm poziomo umieszczonej na wysokości talerza biodrowego pacjenta i przymocowanej gwoździami, w środku tej deseczki znajduje się ruchoma listewka, w której wyżłobieniu leży strzykawka „C“. Kółko, stanowiące zwykłe zakończenie tłoku, strzykawki przymocowuje się haczykowatym uchwytem „D“ do deseczki „B“, leżącej pod kątem prostym do zasadniczej podstawy deski „A“. Koszt zrobienia takiego przyrządu jest bardzo mały, i sporządzenie nie przedstawia żadnych trudności.

Chory kikut jedną ręką napełnia strzykawkę, wkłada ją do wyżłobienia i przymocowuje; samo wstrzyknięcie nie przedstawia już żadnych trudności.

WYKŁADY I ODCZYTY.

J. KOSTRZEWSKI. Kraków.

O przyczynie duru brzusznego i jego zarazach.

Treść nagłówka budzi zastanowienie i nasuwa pytanie: jak można jeszcze zaprzątać uwagę sprawą przesądzoną, nie wymagającą już żadnych zastrzeżeń?

Otóż to przekonanie, że sprawa jest przesądzona, że nie wymaga żadnych zastrzeżeń, to przekonanie daje podnietę, do następujących wywodów. Chodzi w nich o dwa poglądy na przyrodę duru brzusznego, poglądy będące wzajemnem przeciwstawieniem. Jeden z nich cieszy się powszechnem uznaniem. Drugi ma tylko niewielu zwolenników, i jako taki ogółowi jest nieznany. Dlatego właściwie tylko ten ostatni pogląd budzi nasze zaciekawienie. Jeżeli mimo to będziemy rozpatrywali obydwa, to po to by lepiej wyszła różnica między jednym a drugim.

Zaczniemy od poglądu, który się przyjął powszechnie. Podstawą jego jest znajomość zarazków swoistych; zarówno kiedy chodzi o występowanie pojedyńczo, jak i wtedy, kiedy idzie o nagminne szerzenie się chorób zakaźnych. Zarazki są główna treścią, stanowią ośrodek, w rozumowaniach dotyczących istoty i źródła chorób zakaźnych. W zarazkach widzimy przyczynę choroby. Inaczej, chorobę uważamy za skutek działania zarazków. U łóżka chorego dochodzimy siedliska z którego zarazki wtargnęły do ustroju? Bo bez dostania się zarazków z zewnątrz — tak twierdzimy — nie mogło było przyjść do objawów choroby. Ustrzec ustrój przed wniknięciem doń zarazka z otoczenia, znaczy chronić go przed chorobą. Tą myślą kierujemy się w postępowaniu z chorymi i z nosicielami zarazków. Pierwszych udosabniamy, drugich unikamy, a to w tym celu, aby zarazki żyjące w tych i tamtych, nie dostawały się do zdrowych. W ten sposób patrzymy na choroby zakaźne w ogólności.

Jeśli zaś mowa o durze brzusznym, musimy prócz tego pamiętać o następujących szczegółach. Źródłem z którego się biorą bakterje durowe są wydaliny: chorych na dur brzuszny, ozdrowieńców po nim, i nosicieli laseczek durowych. Zarazki duru brzusznego dostają się do ustroju jamą ustną. Najczęściej dzieje się to w ten sposób, że je spożywamy z pokarmem i wodą. Tak przychodzi do pojedynczych zachorzeń i do nagminnego szerzenia się choroby. Przy nagminnie występującym durze brzusznym, zarazki roznosi przedewszystkiem woda. Przy pojedynczych zapadnięciach, pośrednictwo w dostawaniu się laseczek do ustroju, może różnie wyglądać. Skoro laseczki dostaną się raz w ten czy inny sposób do przewodu pokarmowego, wywołują objawy duru brzusznego. Ten pewnik w myśl którego jedyną przyczyną duru brzusznego są bakterje durowe, a jedynym warunkiem rozwoju choroby, jest wtargnięcie bakterji do przewodu pokarmowego — powstały po odkryciu bakterji — zyskał powszechne uznanie. Z biegiem lat zaczęły się mnożyć wiadomości o zdrowych, którzy nigdy duru brzusznego nie przechodzili, a noszą zarazki durowe w przewodzie pokarmowym. Te nieoczekiwane i sprzeczne z treścią powyższego twierdzenia spostrzeżenia, wpłynęły z czasem na zmianę poglądów co do powstawania duru brzusznego. A mianowicie uprzytomniono sobie, że aby przyszło do duru brzusznego, konieczne są nietylko bakterje, ale także potrzebny jest pewien stan ustroju. A stan ten nazywamy podatnością na zakażenie, lub brakiem odporności wobec bakterji. Toteż dzisiaj, w odróżnieniu do pierwotnych pojęć powstałych w związku z odkryciem bakteryj durowych, dur brzuszny uważamy za wypadkową dwu wielkości. Jedną z nich stanowią własności ustroju, a drugą zjadliwość bakteryj durowych, które do przewodu pokarmowego wtargnęły z zewnątrz. Takie ujęcie powstawania i szerzenia się duru brzusznego, wynikłe z odkrycia bakteryj durowych, znajduje prawie powszechne uznanie, uchodzi u ogółu za jedynie właściwe.

Są jednak klinicyści i epidemiolodzy, co prawda nieliczni tylko, którzy się pogodzić nie mogą z takiem pojmowaniem duru brzusznego. Uznają natomiast, że słusznem jest na tę sprawę zapatrywanie to, które powstało było jeszcze przed odkryciem laseczek durowych. Ci sami starają się usilnie, by słuszne ich zdaniem zapatrywanie nie poszło całkiem w niepamięć. Widomym znakiem tych starań, to kilkutomowe wydawnictwo (1), które zaczęło wychodzić w pierwszych latach bieżącego stulecia. Składa się na nie szereg artykułów, które wykazują niedoskonałość dzisiejszego, a podnoszą wartość dawnego poglądu. Oto myśl przewodnia tego, tylko tu i ówdzie przytaczanego zapatrywania. A przytacza się je jedynie jako obrazek bezpowrotnie przebrzmiałej nauki, dawno minionych lat. Na występowanie nagminne duru brzusznego skła-

dają się czynniki dwojakie: miejscowe i czasowe. Tylko w miejscowości o odpowiedniem podłożu i tylko przy odpowiednich warunkach atmosferycznych przychodzi do szerzenia się choroby. Chodzi z jednej strony o glebę przepuszczalną i zanieczyszczona (głównie odchodami człowieka), z drugiej zaś brak opadów atmosferycznych. Sprzyjające warunki miejscowe przy silnej wilgoci nie spowodują duru brzusznego. Podobnie do niego nie przyjdzie w czasie posuchy w miejscowości o glebie nieprzepuszczalnej, względnie w miejscowości o glebie przepuszczalnej ale niezanieczyszczonej. Dur brzuszny jest chorobą przywiązaną do miejsca. Dur brzuszny jako wynik wpływu czynników miejscowych i czasowych, tłumaczymy sobie jak następuje: tylko w glebie przepuszczalnej i zanieczyszczonej przychodzi do powstawania pewnych związków, które przy niskim stanie wody gruntowej, wydostają się na zewnątrz i działają na mieszkańców danej okolicy w ten sposób, że ci zapadają na dur brzuszny. Z odkryciem bakteryj durowych, taki pogląd na powstawanie duru brzusznego dla ogółu przestał istnieć, jako nierzeczowy. Nie dziwi nas to. Dostrzegalne bakterje silniej mówiły i mówią do przekonania, niż nieuchwytne wyziewy.

Zapytajmy się teraz, jak mogą być jeszcze tacy, którzy się nie godzą z dzisiejszem zapatrywaniem na przyrodę duru brzusznego? Zastanówmy się dlaczego ci sami trwają nadal przy dawnem zapatrywaniu? Zróbmy to na przykładzie.

Za taki niechaj posłuży zaraza duru brzusznego w Hannowerze w r. 1926. Dokładny jej opis ukazał się pod redakcją H a h n'a i R e i c h e n b a c h'a w r 1928 (2). Obejmuje 199 stron wielkości ćwiartki i 17 tablic. Dowiadujemy się z niego, że w Hannowerze od szeregu lat dur brzuszny spotyka się tylko w postaci pojedynczych zachorzeń. W r. 1926, w czasie od 15 sierpnia do 25 września grasowała „choroba z wody". Na obraz jej składały się objawy żołądkowo-jelitowe połączone nieraz z wysoką gorączką. Przypadłości trwały 6—7 dni i kończyły się z zasady pomyślnie. Na „chorobę z wody" zapadło 30—40 tysięcy mieszkańców. W drugiej połowie sierpnia zaczynają się mnożyć przypadki duru brzusznego, a w pierwszym tygodniu września dostaje duru brzusznego 774 osób. Największe nasilenie zarazy trwa od 1—14 września. W ciągu tych 14 dni zdarzyło się 65% ogólnej ilości zachorowań. Od 15 września zmniejsza się ilość zachorzeń, ale się je spotyka jeszcze w październiku, listopadzie i grudniu. Ogółem zapadło na dur brzuszny 2423 mieszkańców. W tej liczbie mieści się już 154 chorych na dur rzekomy B. co się równa 6,4% wszystkich chorych. Śmiertelność ogólna wynosiła 11,6%. Z tej liczby przypada 16 na zmarłych z powodu duru rzekomego B. czyli śmiertelność z powodu duru rzekomego B. wynosi 10,4%. Zachorzenia na dur rzekomy B, najczęstsze w początkach zarazy, z czasem stawały się coraz mniej liczne.

Dla zbadania przyczyny zarazy powołano 24 rzeczoznawców. Byli wśród nich także nie lekarze. Chodziło przedewszystkiem o inżynierów biegłych w sprawach wodociągowych. Grono lekarzy składało się z bakterjologów i higjenistów, epidemjologów i klinicystów. Wszyscy z wyjątkiem trzech, t. zn. prof. J ü r g e n s a klinicysty z Berlina, prof. V e r s m a n n a lekarza miejskiego z Hamburga, i Dr. W o l t e r a epidemjologa także z Hamburga orzekli, że zarazę duru brzusznego w Hannowerze spowodowała woda, jednego z trzech tamtejszych wodociągów. Zdanie swe oparli na wyniku badania bakterjologicznego. Stwierdzono bowiem że woda od 14—20 sierpnia zawierała wielką ilość bakteryj. Między bakterjami zarazków durowych wprawdzie nie wykazano, ale należy się domyślać, że w tym czasie musiały być we wodzie. Nie udało się także ustalić w jaki sposób, i w którem miejscu bakterje durowe dostały się do wodociągu. Jedna i druga okoliczność zdaniem orzekających nie osłabia ich twierdzenia, że w Hannowerze zarazę duru spowodowała woda. Jedna i druga okoliczność także żadnego z nich nie zaskoczyła. Podobnie przecież bywało pod tym względem w różnych innych miejscowościach, w których chodziło o zarazy duru brzusznego spowodowane wodą (3, 4). Z pośród chorujących znaczny odsetek, jak wiadomo, przechodził dur rzekomy B. Wobec tego przyjęto, że we wodzie równocześnie były i zarazki duru i zarazki duru rzekomego B. Przyczyny „choroby z wody" nie doszukano się. Nie wiadomo czy ją spowodował zarazek zawarty w wodzie, czy jakaś trucizna. Ta druga możliwość wydaje się prawdopodobniejsza, ze względu na krótki okres wylęgania choroby. Od 21 sierpnia pod wpływem chlorowania woda nie zawierała bakteryj, względnie tylko pojedyncze. Jeżeli mimo to zaraza trwała jeszcze kilka tygodni, to dlatego, bo widocznie okres wylęgania duru bywał długi (45 dni i dłużej). Albo jak chcą niektórzy z pośród orzekających dlatego, bo pierwsze kilkanaścieset zachorowało na skutek zakażenia się wodą, pozostały natomiast tysiąc stanowią ci, którzy zachorowali w następstwie przeniesienia zarazków z jednego na drugiego. Zachorowali jak mówimy przez styczność. Tak tłumaczy ogół rzeczoznawców źródło i czas trwania zarazy duru brzusznego. Orzeczenie kończy wniosek: Aby uniknąć klęski podobnej do tej z roku 1926, miasto Hannower powinno dbać przedewszystkiem o dobrą wodę.

A teraz zapoznajmy się ze zdaniem W o l t e r a, V e r s m a n n a i J ü r g e n s a. Pierwsi dwaj wypowiadają się w wyżej wymienionym opisie (2). Wszyscy trzej są zgodni co do tego, że przyczyny zarazy nie można się dopatrywać we wodzie. Że w wodzie nie wykazano bakteryj durowych, tego bynajmniej nie uważają za najważniejszy powód swego odmiennego zapatrywania. Daleko większy nacisk kładą na sposób rozumowania, mający na celu usprawiedliwić szerzenie się zarazy jeszcze kilka tygodni, po wygubieniu bakteryj w wodzie (21. sierpnia). Rozumowanie to jest nam znane. W o l t e r, V e r s m a n n, J ü r g e n s, uważają je za wymysł nie do przyjęcia. Po tych uwagach dotyczących ujmowania szerzenia się duru brzusznego ze stanowiska bakterjologii przedstawiają sprawę W o l t e r i V e r s m a n n w pojęciu własnem. Twierdzą że w Hannowerze w r. 1926, powtarza się zespół czynników, tyle razy już przedtem w różnych miejscowościach spotykanych w czasie szerzenia się zarazy. Mianowicie w pierwszej połowie lipca 1926 r. przyszło w Hannowerze do powodzi. W piwnicach domów pewnej części miasta stała woda prawie na 1 metr wysoko. W następnych tygodniach był brak opadów atmosferycznych, a przytem panowały wielkie upały. W następstwie takiego zbiegu okoliczności, wysoki poziom wody gruntowej znacznie się obniżył. I właśnie w tym czasie naprzód przyszło do mnogiej ilości wypadków „choroby z wody", a w kilkanaście dni później do zarazy duru brzusznego. Nagminne szerzenie się duru brzusznego wcale nie ograniczyło się do dzielnic zaopatrywanych wodociągiem, w którym miały krążyć bakterje durowe. W tych dzielnicach dur brzuszny panował co prawda najsilniej. Ale ta część miasta, jako najniżej położona, najwięcej ucierpiała od powodzi. Dalej, ta część miasta jest bardzo gęsto zaludniona, jest zbudowana na glebie przepuszczalnej, a co najważniejsza nie posiada kanalizacji. Doły kloaczne są w powszechnem użyciu od dawien dawna. W takich warunkach miejscowych i w czasie takich zjawisk atmosferycznych, musiało przyjść do zarazy duru brzusznego. A przyszło tem łatwiej, że około roku 1926, przypadają dwa okresy zmian klimatycznych, jeden dwustoletni 1730—1930, drugi trzydziestopięcioletni 1891—1926. Historja uczy, że u zbiegu takich okresowych zmian klimatycznych, zjawiają się nagminnie różne choroby, nieraz „nowe". Około roku 1926 opisano niejedną taką „nową" zarazę. W tym samym roku co „choroba z wody" w Hannowerze, panowały gdzieindziej „zarazy błotne". „Choroba z wody" jak nam wiadomo, poprzedziła zarazę duru brzusznego w Hannowerze. Podobnie spostrzegano w innych miejscowościach, naprzód nagminne biegunki a w 2—3 tygodnie później szerzenie się duru brzusznego. Zaraza duru brzusznego w Hannowerze przycichła w połowie października, ale się tliła jeszcze w listopadzie i grudniu. Zaraza zelżała a wreszcie wygasła po obfitych deszczach w następstwie których podniósł się poziom wody gruntowej. I znowu w Hannowerze pod tym względem rzecz się ma podobnie, jak bywało z różnemi innemi zarazami duru brzusznego. Powołując się na Paryż i Pragę (5), dowodzą, że samo dostarczenie dobrej wody nie uchroni miasta przed durem brzusznym. Uchroni natomiast przed nim czyste utrzymanie gleby. W tym celu miasto Hannower powinno zaprowadzić kanalizację w dzielnicach, które jej dotychczas nie posiadają.

Na przykładzie zarazy w Hannowerze, oceniamy różnice w pojmowaniu nagminnego szerzenia się duru brzusznego, ze stanowiska bakterjologii i ze stanowiska epidemjologii. Pierwsze, opiera się na własnościach bakteryj, domyśla się ich przenoszenia w ten lub inny sposób, i urabia sobie obraz zarazy na drodze syntezy. Drugie, w zarazie widzi zawiłe zjawisko spowodowane warunkami miejscowemi i czasowemi, i stara się je zrozumieć na drodze analizy. W epidemjologicznem znaczeniu, zaraza duru brzusznego nie bywa następstwem przypadku, ale jest niedozownym wyrazem konieczności. A twierdzenie to opiera się nie na wyrozumowanych w tym celu dowodach, ale na spostrzeżeniach zebranych w ciągu długich lat. Opisy spostrzeżeń przemawiają do czytelnika żywo i przekonywująco. Mimo to ogarnia go zwątpienie. Właśnie dlatego popada w rozterkę. Nie umie bowiem — przywykły do dzisiejszych ogólnie przyjętych pojęć — zrozumieć, ani powstawania, ani szerzenia się chorób zakaźnych, bez uwzględniania bakteryj. A tłumaczenie o którem mowa, z bakterjami wcale się nie liczy. Powstało przecież przed ich poznaniem!

Prawdy zdobyte w długoletnich spostrzeżeniach uzgadnia z pojęciami urobionemi w związku z odkryciem zarazków, W o l t e r w sposób następujący: wychodzimy z założenia, że w glebie przepuszczalnej i zanieczyszczonej powstają związki, co do których domyślamy się tylko tyle, że są lotne. Dzięki tej własności przy niskim stanie wody gruntowej, związki o których mowa wydostają się na zewnątrz i nasycają przyziemne warstwy powietrza. Zależnie od stężenia, wyziewy wywierają mniejszy lub większy wpływ na mieszkańców danej okolicy. Dopóki stężenia niewielkie, przychodzi do nielicznych przypadków duru brzusznego, względnie zjawiają się nosiciele zarazków durowych. Przy większem stężeniu wyziewów, dur panuje nagminnie, a nasilenie choroby wielkie, śmiertelność znaczna. Jeśli wyziewy ulegną rozrzedzeniu (opady atmosferyczne, niski stan barometru) zaraza słabnie. Zachorzeń coraz mniej i są coraz lżejsze. A prócz tego spotyka się znowu dużo takich, którzy nie chorowali, a mimo to wydalają zarazki durowe. Ale bakterje durowe do jednych i drugich nie dostały się z zewnątrz; *bacterium typhi* — to przeobrażone — *bacterium coli!* Do przeobrażenia przyszło w ustroju, w następstwie zmian jakie w nim zaszły. Spowodowały je wyziewy. Drogą oddechową wyziewy dostały się do krwi, a krew je rozniosła po tkankach. Tkanki dotychczas niepodatne na zarazek duru brzusznego i wolne od niego, teraz ulegają jego działaniu i pozwalają mu na rozwój. Przeobrażenie *b. coli* w *b. typhi* jest więc rzeczą wtórną, do której doszło po zatruciu tkanek ustroju. Przy takiem ujęciu sprawy, epidemjologja nie wyklucza bakterjologji, ale ta druga stanowi dopełnienie pierwszej.

W poglądzie swym W o l t e r przyjmuje przechodzenie jednego gatunku bakterji w drugi za rzecz pewną. W związku z zarazą w Hannowerze powiada: było dwunastu chorych takich, u których szczepienie krwi i wydzielin przeprowadzane w różnych dniach, wykazywało naprzemian to *b. typhi* to *b. paratyphi B.* Podobnie u zmarłego z powodu duru brzusznego z jednego narządu wyhodowano *b. typhi*, z innego *b. paratyphi B.* O zakażeniu mięszanem względnie wtórnem nie było mowy. Wobec tego nie inaczej tylko właśnie zmiennością bakterji należy sobie tłumaczyć to zjawisko.

Zdanie W o l t e r a nam jednak nie wystarcza. Chcemy usłyszeć jeszcze innych. Zagadnienie przechodzenia *b. coli* w *b. typhi* nie nowe. Powtarzam za B i e g a ń s k i m (6). Pierwsi R o d e t i R o u x nie długo po odkryciu zarazka durowego wypowiedzieli zdanie, że *b. coli* może się przeobrażać w *b. typhi;* podobno przemianę taką otrzymali w probówkach. Na zasadzie możliwości tej przemiany twierdzili, że w samym ustroju przy nieznanych jeszcze warunkach może się odbywać przeobrażenie *b. coli* w *b. typhi*, i tym sposobem mogą powstawać owe pojedyncze przypadki duru brzusznego, których pochodzenie dotychczas wydawało się ciemne. R o d e t i R o u x nie znaleźli posłuchu. Różne względy mogły się na to złożyć. Między innemi prawdopodobnie w niemałej mierze i ten, że stałość gatunkowa bakterji uchodziła wówczas za pewnik. Ale z biegiem czasu nagromadziło się sporo spostrzeżeń, wobec których powyższe twierdzenie już się ostać dzisiaj nie może. Współczesna bakterjologja liczy się z niestałością cech bakterji; uznaje zarówno niejednolitą postaciowość, jak i zmienną zjadliwość (7). Oto dwa przykłady: X 19 uchodzi za niezjadliwą postać zarazka duru wysypkowego (8), a *b. Bang* i *micrococcus melitensis* to tensam drobnoustrój w dwu odmianach (9). Tem łatwiej zgodzić się możemy na przypuszczenie, że wszystkie szczepy grupy *b. coli-b. typhi* są odmianą jednej i tejsamej bakterji. Za tem przypuszczeniem przemawiają tak spostrzeżenia u chorych, jak i doświadczenia w pracowni. O pierwszych już słyszeliśmy z okazji omawiania wyników bakterjologicznych badań u chorych i zmarłych w czasie zarazy duru brzusznego w Hannowerze. Objaśnienia więc wymagają tylko te drugie. Otóż *b. coli* może w probówce tracić niektóre ze swych cech. W ten sposób odbiegając od pierwowzoru, przeobraża się w szczepy rzekomodurowe lub czerwonkowe (10). Przy takich danych myśl o powstaniu *b. typhi* z *b. coli* w ustroju zdrowych i chorych jest dopuszczalną i zrozumiałą, nawet dla tego, który żąda dla zjawiska mającego miejsce w przyrodzie, potwierdzenia w doświadczeniu nastawianem w pracowni.

Czem się powoduje W o l t e r przyjmując przemianę *b. coli* w *b. typhi* w ustroju zdrowym i chorym, wiemy dobrze. Pamiętamy również jakie znaczenie przypisuje bakterjom durowym w powstawaniu duru brzusznego.

Od W o l t e r a zupełnie niezależnie, aczkolwiek podobnie, rozumie istotę duru brzusznego v. S z o n t a g h (11). V. S z o n t a g h tak w pojedyńczym przypadku duru brzusznego, jak w jego nagminnem występowaniu widzi zawiłe zjawisko. Aż nazbyt zawiłe, by je można zrozumieć na podstawie znajomości bakteryi! Mylnem jest, według niego twierdzenie, że przyczyną duru brzusznego są bakterje durowe! Złudą jest przekonanie, że dur brzuszny przenosi się z osobnika na osobnika! Błędnym jest pogląd, że zarazki durowe żyjące w ustroju człowieka wtargnęły doń z zewnątrz! Sprawa ma się zgoła inaczej. Źródło bakteryj durowych mieści się w chorym, a jest niem *b. coli*. Dur brzuszny nie jest zaraźliwym, bo go nie szerzy, bo go nie udziela, mieszczący w sobie bakterje durowe. A bakterje durowe nie powodują duru brzusznego, nie są jego przyczyną, są tylko czynnikiem wyzwalającym, tym, który chorobę ujawnia. Ujawnić, wywołać dur brzuszny — nie spowodować go — są zdolne zarazki, jedynie w odpowiednio do tego przygotowanym, wyłącznie tylko w należycie usposobionym ustroju. To usposobienie jest wypadkową działania warunków zewnętrznych na własności komórek. Warunki mogą być najrozmaitsze: te, które leżą w przyrodzie, te które nastręczają stosunki społeczne, i te, które sobie stwarza jednostka. Wchodzą w rachubę: wpływy klimatyczne, atmosferyczne, pory roku, stosunki mieszkaniowe, sposób odżywiania, zmęczenie, wzruszenia psychiczne i t. p. Pod wpływem wymienionych czynników przychodzi, o ile na to pozwolą cechy komórek wrodzone i odziedziczone, do zaburzenia przemiany materji tego rodzaju, że to zaburzenie usposabia do choroby. Dopiero w takiem podłożu, *b. typhi* powstałe z *b. coli*, wyzwala zespół objawów klinicznych i zmian anatomicznych, który nazywamy durem brzusznym. Jeśli przychodzi do zarazy duru brzusznego, to przychodzi nie z tego powodu, jakoby chorobę nabywał jeden od drugiego. Nie! Ale dlatego, że czynniki zewnętrzne w tym czasie układają się w ten sposób, że działają nie na jednostki ale na ogół. I chorują mieszkańcy bądź poszczególnych domów, bądź pewnych dzielnic, bądź całych miast. A zachorowują dlatego, bo żyją wśród tych samych warunków otoczenia. Nie chorują tylko ci, u których wrodzone i odziedziczone własności ustroju, nie dopuściły do zaburzenia w przemianie materji, które stanowi o usposobieniu do choroby. Nagminne występowanie chorób zakaźnych powtarza się okresowo. Podobnie się odbywa szereg innych zjawisk w przyrodzie. Tak jak one, tak i zarazy stanowią głęboką tajemnicę. Zbliżyć się do niej, możemy jedynie na podstawie przyrodniczego ujęcia zagadnienia.

Tak się przedstawia pogląd na istotę duru brzusznego, z którym myśmy się mieli zapoznać. Przewodzi mu myśl, że zmiany zachodzące w ustroju człowieka, pozostają w ścisłym związku ze zjawiskami odbywającemi się w przyrodzie. Nie ma on wielu zwolenników. Nadmienić jednak należy, że w ostatnich czasach słychać coraz częściej głosy zwątpienia co do słuszności ogólnie przyjętych zapatrywań. Nie znaczy to, jakoby się wszystkie pokrywały ze zdaniem W o l t e r a, względnie v. S z o n t a g h'a. (F r i e d b e r g e r (12), J ü r g e n s (13), W e i s s f e i l e r 14).

* * *

Po tem co teraz wiemy o przyrodzie duru brzusznego, dochodzimy do wniosku, że odosobnianie chorych durowych jest niepotrzebne. Podobnie jak pojęcie o durze brzusznym, z którym zapoznaliśmy się, tak sama treść tego na tem pojęciu opartego wniosku, jest obca współczesnym poglądom. Na ich tle, treść wniosku nas razi, co więcej, uchodzi za dowód braku zasadniczych wiadomości. Wiadomo przecież, jak wielki nacisk się kładzie przy tłumieniu zarazy duru brzusznego na odosobnianie chorych, jak wielką wagę się przywiązuje do wykrywania nosicieli zarazków!

A jednak nie brak głosów i przykładów postępowania wybitnych klinicystów, które świadczą o tem, że chorzy na dur brzuszny nie są dla otoczenia niebezpieczni. I tak B i e g a ń s k i (6) pisze: „Z własnego doświadczenia to tylko nadmienić mogę, że przez 14 lat w szpitalu częstochowskim, gdzie niema oddzielnej sali dla chorych tyfusowych, nie widziałem żadnego przypadku zakażenia szpitalnego ani pomiędzy posługaczami, ani pomiędzy chorymi".

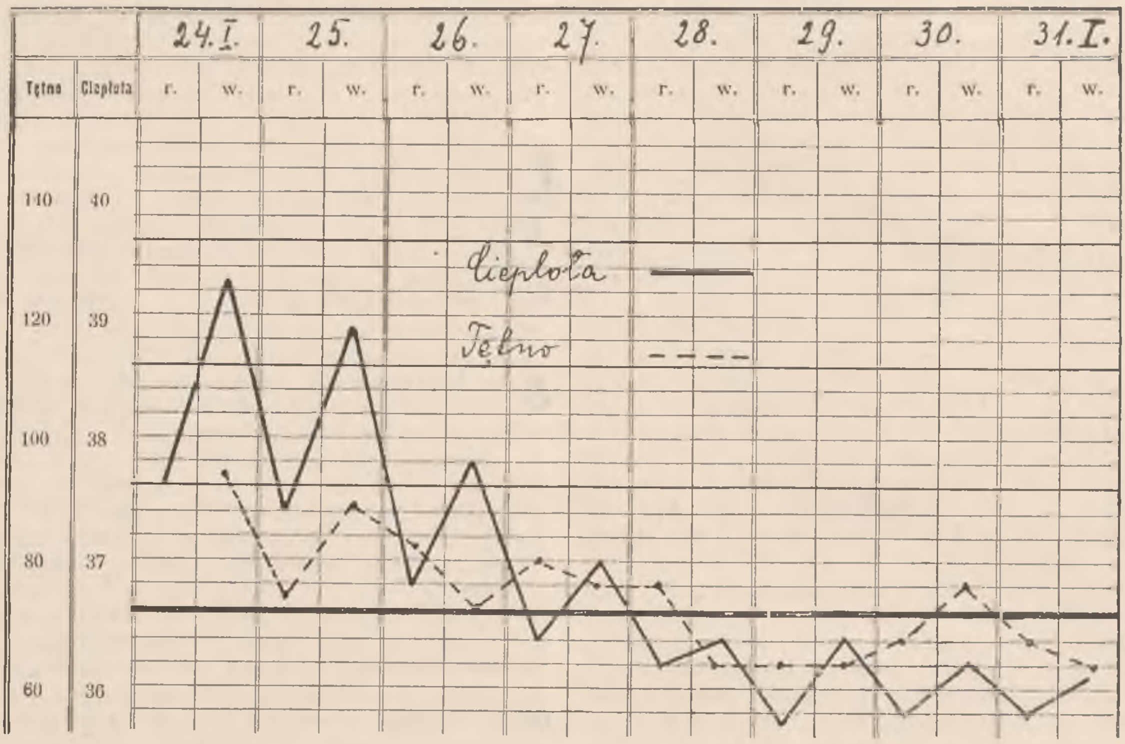
Ale po co sięgać po przykłady w przeszłość?

Wielkiej łaskawości Jaśnie Wielmożnego Pana Profesora Dra A. G l u z i ń s k i e g o zawdzięczam list, z którego przytaczam: „Przy zachowaniu odpowiednich warunków, o których niżej wspomnę, przyszedłem do przekonania, że chory na dur brzuszny, może leżeć na wspólnej sali bez obawy zakażenia otoczenia. Gdzie warunki pozwalały, starałem się chorych na dur odosobnić, nie z obawy zakażenia otoczenia, lecz dla spokoju, jakiego ci chorzy potrzebują". — Wyjaśniam, że te „odpowiednie warunki", to pouczenie służby i chorych, jak się mają zachowywać wobec durowych. JW. Pan Profesor Dr. A. G l u z i ń s k i nie widział w swej długoletniej praktyce, ani jednego przypadku zakażenia szpitalnego durem brzusznym wśród chorych. Z pośród służby

zaś tylko dwaj pielęgniarze dostali duru brzusznego, według słów JW. Pana Prof. Dr. A. Gluzińskiego dlatego, ponieważ lekceważyli przestrogi. Za list z którego czerpię dużo i nader cennych wiadomości, Jaśnie Wielmożnemu Panu Profesorowi Dr. A. Gluzińskiemu składam głębokie podziękowanie.

Jaśnie Wielmożny Pan Prymarjusz Dr. A. Krokiewicz (15) upoważnił mnie łaskawie do podania co następuje: „Na oddziele chorób wewnętrznych „IB“ szpitala św. Łazarza w Krakowie, leżało od r. 1897 do r. 1930 ogółem 54,533 chorych, a pomiędzy nimi było 1140 chorych na dur brzuszny. Chorzy na dur brzuszny nie byli odosobnieni, lecz znajdowali się na wspólnych salach. Nigdy nie można było stwierdzić, aby od chorego na dur brzuszny zaraził się inny chory; nawet nie można było stwierdzić zarażenia się durem brzusznym służby szpitalnej oddziałowej“.

jamy ustnej około 2 cm³ zawiesiny 24 hodowli bakteryj durowych. Wciągniętą treść natychmiast wypluł, a jamę ustną wypłukał rozcieńczonym alkoholem. Dr. N. N. to osoba zrównoważona, opanowana. Wcale się tem co zaszło nie przejmuje, nikomu się z tego nie zwierza, i dotychczasowego sposobu życia nie zmienia. Dnia 22 stycznia a więc w szóstym dniu po wciągnięciu do jamy ustnej zawiesiny bakteryj durowych, wystąpił od rana ból głowy, w południe przyszło do silnych dreszczy, a wieczorem ciepłota podniosła się do 38 stopni C. Następnego dnia ból głowy utrzymywał się nadal, a prócz tego dołączyły się: brak łaknienia i ogólne osłabienie; wieczorem gorączka wynosiła 39 stopni C. Dnia 24 stycznia zgłosił się Dr. N. N. do szpitala. W tym dniu badałem chorego po raz pierwszy. Nie stwierdziłem żadnych zmian miejscowych, mogących tłumaczyć zmiany ogólne t. zn.



Jaśnie Wielmożnemu Panu Prymarjuszowi Dr. A. Krokiewiczowi za podanie Swego zdania na sprawę odosobniania chorych durowych, miałem sposobność osobiście podziękować.

Daleki jestem od przypuszczeń, by moja poniżej zamieszczona uwaga, mogła znaczeniem dorównywać powyżej przytoczonym zdaniom. Ale ze względu na to, że poruszam sprawę duru brzusznego, a także z tego powodu, że mam stale do czynienia z chorymi zakaźnymi, a więc i durowymi, uważam za swoją powinność zdać sprawę z własnych spostrzeżeń. W ciągu dziesięciu lat na oddziele zakaźnym szpitala św. Łazarza w Krakowie, leżało na tych samych salach *przeszło tysiąc chorych* na dur brzuszny, *a kilkaset chorych* na inne choroby. Ani jeden z tych ostatnich nie dostał duru brzusznego. Natomiast chorowała służba zajęta przy chorych. Niektórzy z pośród niej chorowali ciężko, i nie jeden raz dur brzuszny zakończył się śmiercią. Czy służba zakażała się od chorych, czy tylko jej zajęcie stwarza pozór takiego zakażenia — trudno roztrzygnąć! Ale aczkolwiek nie mogę się pogodzić z bakterjologicznem tłumaczeniem powstawania duru, i chociaż jestem zwolennikiem poglądu Woltera i v. Szontagh'a, mimo to nie wątpię, że mogą się zdarzać przeniesienia duru brzusznego z jednego na drugiego. Rozumuję w ten sposób: dur brzuszny wywołują — nie powodują — w odpowiednio usposobionym ustroju, bakterje durowe, które się doń dostały z zewnątrz. Gdyby nie ich wtargnięcie, nie byłoby przyszło do wybuchu choroby, bo chociaż istniało usposobienie do niej, to jednak tak się niezwykle tym razem złożyły okoliczności, że *b. coli* nie uległo przeobrażeniu w *b. typhi*. Powtarzam, chociaż nie wątpię, że mogą się zdarzać przypadki duru brzusznego w następstwie wtargnięcia bakteryj do ustroju z zewnątrz, to jednak nagminne szerzenie się duru brzusznego pojmuję tak, jak je przedstawiają Wolter względnie v. Szontagh.

Wypadło mi raz patrzeć na następstwa wtargnięcia bakteryj durowych do ustroju. Chodziło o Dr. N. N. lat 24, zajętego w pracowni bakterjologicznej oddziału zakaźnego szpitala św. Łazarza w Krakowie. Dnia 16 stycznia 1923 r. wciągnął przygodnie do

ból głowy, osłabienie, gorączkę i t. d. Nie miałem żadnych danych co do przyrody schorzenia. O zajściu, które poprzedziło zachorowanie jeszcze nadal nic nie wiedziałem. Bez wiedzy mojej, na żądanie chorego, towarzysz jego codziennych zajęć w pracowni bakterjologicznej, pobrał mu dnia 24 stycznia krew z żyły, zaszczepił ją na żółć, a prócz tego wykonał odczyn Vidala. Odczyn Vidala wypadł ujemnie, natomiast z krwi po 48 godzinach wyrosły bakterje durowe. Wtedy dowiedziałem się i o wyniku badania krwi i o przygodzie z dnia 16 stycznia. Jak widać z załączonej tablicy, Dr. N. N. dnia 28 stycznia był już bez gorączki. Dnia 31 stycznia odczyn Vidala wypadł dodatnio; miano wynosiło 1 : 400. Do nawrotu nie przyszło.

Wobec takiego przebiegu i zejścia choroby, rozpoznanie *Typhus abdominalis*, które oparto na wyniku bakterjologicznego badania krwi musiało ulec zmianie na *Infectio laboratorialis cum b. typhi subsequente bacteriaemia*. Dlaczego pierwotne rozpoznanie musiało ulec zmianie, nad tem się tutaj nie rozwodzę. A więc w następstwie wtargnięcia do ustroju Dra N. N. bakteryj durowych, przyszło do sześciodniowej gorączki. Gdyby nie wynik bakterjologicznego i serologicznego badania krwi, można było sobie gorączkę różnie tłumaczyć, ale nie można było jej właściwie rozumieć. Jeżeli u Dra N. N. w następstwie dostania się bakteryj durowych, przyszło tylko do krótkotrwałej choroby, to zdaje się dlatego, że zarazki trafiły na ustrój niepodatny na ich działanie. Przypadek ten dowodzi z jednej strony, że bakterje durowe wprowadzone do jamy ustnej mogą spowodować objawy chorobowe, z drugiej zaś wskazuje, że następstwo wtargnięcia bakteryj durowych do ustroju, może wielce odbiegać od obrazu duru brzusznego.

A teraz co do nosicieli bakteryj durowych. Skupiają na sobie uwagę przedewszystkiem ze względu na niebezpieczeństwo jakiem mają być dla otoczenia. W myśl tego założenia staramy się odpowiednio wobec nich zachować. Wiemy nawet o przepisach postępowania stosowanych do nosicieli (16). Ale skąd się nosiciele biorą? (mam na myśli tych, którzy na dur nie chorowali) odkąd nimi są? Ta część nosicielstwa nie wielkie budzi zajęcie. Nieza-

leżnie od tego postaramy się rozpatrzeć na przykładzie jedną i drugą stronę zjawiska.

Sprawa miała miejsce w r. 1925 w Dziecięcem schronisku leczniczem Uniwersytetu Jagiellońskiego, znajdującem się w Zakopanem: w okresie kilkunastodniowym zapada na dur brzuszny pięcioro dzieci. Wymieniam je w tablicy:

W Zakładzie, od:	Imię i nazwisko	lat	początek duru brzusznego
18. IV. 1925	H. W.	6	1. VII.
20. IV. 1925	J. P.	8	8. VII.
27. VI. 1921	A. D.	15	10. VII.
4. II. 1925	K. K.	12	13. VII.
5. IX. 1924	S. W.	11	13. VII.

Kierownik schroniska Dr. K. Dadej docieka źródła choroby. Zadanie przedstawia się o tyle łatwiej, że w tym czasie w Zakopanem nie było zarazy duru brzusznego. Tak jak po inne lata zdarzały się tylko pojedyncze zachorowania. W dochodzeniach zwrócono główną uwagę na środki spożywcze, a z pośród nich na nabiał. Nie stwierdzono atoli nic, coby przemawiało za tem, że zakażenie dzieci pochodzi z poza zakładu. Wobec tego kurator Schroniska Profesor Dr. E. Godlewski domyśla się nosiciela bakteryj durowych w obrębie zakładu. Że domysł był słuszny, o tem się zaraz dowiemy. Na życzenie Profesora Dr. E. Godlewskiego przeprowadza się badania próbek kału, przesyłanych ze Schroniska do pracowni bakterjologicznej oddziału zakaźnego szpitala św. Łazarza w Krakowie. W jednej z przesyłek, mianowicie z dnia 17 lipca, znajdował się między innemi kał, z którego wyhodowano bakterje durowe. Okazało się że kał pochodzi od K. Z.

K. Z. lat 49 była zajęta w Schronisku od 15 marca 1925, jako podkuchenna. Czy dur brzuszny przechodziła, względnie kiedy, nie można się było dowiedzieć. Dnia 20 lipca t. zn. po otrzymaniu wyniku bakterjologicznego badania, zwolniono K. Z. od zajęć w Schronisku.

Rozumowanie i postępowanie, którem się kierowali i które zastosowali Profesor Dr. E. Godlewski i Dr. K. Dadej po zjawieniu się duru brzusznego w Schronisku, może służyć za wzór, jak należy w takich okolicznościach, przemieniać w czyn ogólnie przyjęte pojęcia o istocie duru brzusznego. Jaśnie Wielmożnemu Panu Profesorowi Dr. E. Godlewskiemu i Jaśnie Wielmożnemu Panu Dr. K. Dadejowi jestem głęboko zobowiązany za łaskawe udzielenie szczegółów dotyczących opisanego zdarzenia w Schronisku. Tem więcej dziękuję J. W. Panom za pozwolenie omawiania tego zdarzenia na tem miejscu. Posłuży mi ono za przedmiot, który omówię ze stanowiska ogólnie przyjętego zapatrywania na dur brzuszny i przedstawię w myśl tego poglądu, który ma tylko nielicznych zwolenników.

Znamy względy, które skłoniły do poszukiwań za nosicielem zarazków. Wiemy również, że odszukanie go ustaliło źródło zakażenia dzieci. Wnioskujemy bowiem: K. Z. zajęta w kuchni, rozsiewała w okół siebie zarazki. Zarazki w tej czy innej potrawie spożyły dzieci, z których pięcioro zachorowało na dur brzuszny. Wobec krótkich odstępów czasu, jakie dzielą między sobą początek choroby dzieci, można przyjąć że się wszystkie zakaziły w jednem i tymsamym dniu. Ale kiedy? Biorąc w rachubę nawet najdłuższy okres wylęgania duru brzusznego t. zn. 45 dni, obliczamy że między przyjęciem K. Z. do kuchni, a wtargnięciem bakteryj durowych do ustroju dzieci, upłynęło 60 dni.

Nie wykluczonem jest jednak, że dzieci nabyły zarazki wkrótce po wstąpieniu K. Z. w obowiązki, ale zarazki wywołały chorobę dopiero w lipcu. Rozumowanie dopuszczalne, skoro między dostaniem się bakterji do przewodu pokarmowego, a zakażeniem ustroju nie ma ścisłego związku (17). Biorąc pod uwagę tę drugą możliwość, tłumaczymy sobie, że bakterje durowe, aczkolwiek żyły w przewodzie pokarmowym, to jednak tak długo nie ujawniły swego działania, dopóki nie przyszło do załamania się sił obronnych ustroju. Ale w jednym i w drugim przypadku chodzi o wtargnięcie do ustroju bakteryj durowych z zewnątrz. Bakterje zaś pochodzą od K. Z. Możeby ktoś zechciał podobnie rozumować, ale z tą różnicą, że nie K. Z. wniosła bakterje durowe do Schroniska, ale jedno z dwojga przyjętych w kwietniu do zakładu dzieci. I od jednego z nich, względnie od nich obojga, zakaziły się te dzieci, które zachorowały, a niektórzy z mieszkańców nabyli bakterje durowe. Podczas gdy u innych bakterje durowe znikły, to u K. Z. się utrzymywały. Rozumowanie takie jednak w niczem nie zmienia postaci rzeczy, o którą tu chodzi.

W o l t e r względnie v. S z o n t a g h zauważyliby na to:

a) Zastanawiającem jest, że dur zjawił dopiero w 3 i pół miesiąca po wstąpieniu K. Z. do obowiązku.

b) Uderzającem jest, że bakterje — aczkolwiek wykluczonem nie jest, że mogły się daleko wcześniej dostać do ustroju dzieci, niż wynosi najdłuższy okres wylęgania duru — czekały jednak na załamanie się sił obronnych ustroju aż do lipca.

Pierwszy szczegół tłumaczy się tą lub inną możliwością. Zawsze jednak z tą myślą, że gdyby nie wtargnięcie bakteryj durowych do przewodu pokarmowego z zewnątrz, do choroby nie byłoby doszło.

Nad drugim szczegółem nikt się nie zastanawia. Tymczasem to nie przypadek, że dzieci zachorowały w lipcu. W lipcu bowiem zaczynają się mnożyć zachorowania na dur brzuszny. Mnożą się zaś dlatego, bo ta pora roku stwarza szereg warunków, które z jednej strony usposabiają ustrój do choroby, z drugiej zaś, przeobrażają *b. coli* w *b. typhi.* O wybuchu choroby rozstrzyga jednak usposobienie do niej, a nie obecność zarazków. One są przecież tylko wtórnem zjawiskiem. A źródło ich się mieści w samym ustroju a nie zewnątrz niego. Dzieci więc wcale nie zachorowały dlatego, jakoby miały nabyć bakterje durowe od K. Z. I kto wie czy u K. Z. *b. typhi* nie powstało z *b. coli,* właśnie w tym samym czasie, w którym przyszło do przeobrażenia *b. coli* w *b. typhi* u tych pięciorga chorych? Ale podczas gdy u dzieci wpływy zewnętrzne spowodowały nietylko przemianę *b. coli* w *b. typhi,* ale wywołały także objawy choroby, to K. Z. w tych samych warunkach stała się tylko nosicielem bakteryj durowych, a to dlatego, ponieważ u niej do usposobienia ustroju do choroby nie przyszło. Pod tym względem sprawa z K. Z. ma się zupełnie podobnie, jak to bywa z nosicielami w przebiegu każdej zarazy duru brzusznego. Jeśli zaś po usunięciu K. Z. ze schroniska nie było więcej zachorowań, to tylko zbieg okoliczności, który stwarza pozór skuteczności zarzadzenia. Jak tych pięcioro dzięci nie dostało duru brzusznego od K. Z., podobnie inni mieszkańcy uniknęli go, nie dlatego, że K. Z. opuściła Schronisko.

Tak się przedstawia sprawa zachorowania dzieci według jednych i drugich.

Mimo, że na wypadki duru brzusznego zaszłe w Schronisku, patrzę według poglądu na drugiem miejscu omówionego, to jednak zarządzenie co do K. Z. uważam za słuszne. Uważam za słuszne dlatego, bo nie wykluczam możliwości przeniesienia duru z jednego na drugiego. Możliwość taka zdaje się jednak wyjątkowo tylko zachodzi. Świadczą o tem spostrzeżenia zebrane w zakładach, w których się nie przestrzega, lub się nie da przestrzegać odosobnienia chorych na dur brzuszny od innych chorych.

* * *

Przedstawiłem dwa sposoby pojmowania istoty duru brzusznego. Ten ogólnie przyjęty, widzi w chorobie wypadkową zetknięcia się zarazka z ustrojem, a nagminne jej szerzenie się, uznaje za rzecz przypadku. Ten nielicznych tylko zwolenników mający, widzi w durze brzusznym, wpływ otoczenia, to na poszczególnych, to na licznych mieszkańców pewnej miejscowości. Wzięcie pierwszego tłumaczę sobie, łatwym sposobem przekonywania dzięki upraszczaniu zagadnienia. Niepopularność drugiego — tak sądzę — leży w przyznaniu, że tu chodzi o wielką tajemnicę przyrody.

Piśmiennictwo:

1) Jubiläumsschrift zum 50 jähringen Gedenken der Begründung der lokalistischen Lehre, Max Pettenkofers. — 2) H a h n-R e i c h e n b a c h: Die Typhusepidemje in Hannower, 1926. — 3) B e c k: Typhus und Trinkwasser. — 4) W o l t e r: Die Entstehungsursachen der Alfelder Typhusepidemie von 1923—24. — 5) W o l t e r: Der Abdominaltyphus in Prag in dem Zeitraum 1897—1925. — 6) B i e g a ń s k i: Wykłady o chorobach zakaźnych. — 7) H i r s z f e l d: Medycyna doświadczalna i społeczna, T. VII. Z. 3—4 — 8) W e i g l: Medycyna doświadczalna i społeczna. T. VII. Z. 1—2. — 9) S z y m a n o w s k i: Warszawskie czasopismo lekarskie, 1928, Nr. 20. — 10) E p s t e i n i F e i g i n: Medycyna doświadczalna i społeczna, T. IX. Z. 3—4. — 11) v. S z o n t a g h: Ueber Disposition. — 12) F r i e d b e r g e r: M. m. W. 1927, Nr. 5 i Nr. 30. — 13) J ü r g e n s według W o l t e r a w wydawnictwie wymienionem pod 2). — 14) W e i s s f e i l e r: Krankheitsforschung, T. VIII. Z. 1. — 15) K r o k i e w i c z: Przegląd lekarski, 1907, Nr. 45—48; 1913, Nr. 15; Polska Gazeta Lekarska 1925, Nr. 25; 1926, Nr. 36; 1927, Nr. 40. — 16) Z Kopenhagi: Przegląd Lekarski, 1910, Nr. 28—29. — 17) B r o k m a n: Polska Gazeta Lekarska, 1926, Nr. 29—30.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Bożydar SZABUNIEWICZ. Kraków.

W sprawie czytelnictwa naszej literatury naukowej.

Z uznaniem należy przyjąć inicjatywę p. prof. Szmurły w sprawie zbyt słabego zainteresowania lekarzy, a także studjujących medycynę, literaturą naukową wogóle, a naszą w szczególności. Trzeba sobie życzyć, aby wobec tego, że posiadamy odpowiednie dzieła, student nie przygotowywał się do egzaminu ze skryptów, lecz z książki i aby ta książka pozostawała u niego i później, służąc mu w razie potrzeby wyjaśnieniem lub radą.

Pragnę jednak podnieść na tem miejscu, że środek zaradczy proponowany przez p. prof. Szmurłę, wydaje mi się, mówiąc lekarskim językiem, zbyt symptomatycznym. „Nie wdając się w dociekanie przyczyn tego zjawiska", pragnie p. prof. Szmurło złemu zaradzić w ten sposób, że stawia wniosek by władze państwowe i samorządowe zakładały przy każdym szpitalu i przy stałych punktach pomocy lekarskiej małe bibljoteki zaopatrzone w dotacje 200—250 zł rocznie. Stawia też wniosek, aby profesorzy na wykładach zachęcali do kupna książek.

Jeśli chodzi o ten drugi sposób zaradczy, to zdaje mi się, że przeważnie profesorzy od dawna stosują się do niego, i to czasem w bardzo jaskrawej formie. Znam profesorów, którzy z góry zapowiadają studentom, aby zaopatrzyli się w książki, gdyż znając słabe strony i błędy w odnośnych skryptach, bezwarunkowo postawią niedostateczny stopień studentom, którzy w myśl tych błędów odpowiadać będą przy egzaminie. Jestem zdania, że rada z katedry dotycząca kupowania książek i niewyzbywania się ich po egzaminie niepoparta czemś innem, że tak powiem bardziej namacalnem, zaledwie u bardzo nielicznej garstki studentów wywrzeć może pożądany skutek.

Pierwszy zaś sposób zaradczy zupełnie rozmija się z celem. Jakiż bowiem skutek może wywrzeć zakładanie drobnych podręcznych bibljoteczek z podręcznikami i z czasopismami przy wszelkich samodzielnych jednostkach lekarskich? Skutek będzie z jednej strony bardzo widoczny: wydawnictwa po 1000 egzemplarzy zostaną prędzej rozkupione i podniesie się liczba prenumeratorów, choć zapewne częściowo tylko polskich czasopism. W ten sposób pieniądze państwowe i samorządowe wpłyną do kas wydawców. Autorzy dzieł naukowych będą zapewne lepiej wynagradzani za swą pracę i nie będą skazani na wędrowanie ze swym rękopisem od wydawcy do wydawcy.

Sama idea, aby lekarze posiadali podobne podręczne bibljoteczki jest bardzo piękna. Lekarze powinni być zaopatrzeni w dzieła fachowe. Jednak do bibljotek takiego rodzaju nadają się nie wszystkie podręczniki, a już czasopisma chyba najmniej. Czyż bowiem lekarz przychodzący do ambulatorjum w celu przyjmowania chorych, lub też dla wykonywania pewnych zabiegów leczniczych do Kasy Chorych lub innej instytucji będzie miał dość czasu na czytanie czasopism w swym pokoju ordynacyjnym lub w bibljotece? Mam wrażenie, że olbrzymia większość lekarzy może zająć się czytaniem jedynie w godzinach poza swą pracą w szpitalu czy ambulatorjum i to przeważnie wieczorem. Lekarz powinien mieć podręczniki uzupełniające jego wiedzę oraz czasopisma w swej własnej bibljotece u siebie w domu, a nie w szpitalu. Szpitalne, wzgl. ambulatoryjne podręczne bibljoteczki powinny zawierać chyba jedynie dzieła zupełnie specjalne, prawdziwie podręczne. Tak więc pieniądze przeznaczone z dotacji dla takiej bibljoteczki, albo poszłyby na zakupienie tych dzieł lekarskich, które istnieją w naszej literaturze i w części są wymienione w artykule p. prof. Szmurły, a więc Djagnostyki ogólnej Bronowskiego, Podręcznika do badań fizjologiczno-chemicznych Marchlewskiego, Higjeny Karaffy-Korbutta, Anatomji patologicznej Nowickiego, Patologji Kleckiego i t. d., których użyteczność w takiej podręcznej bibljoteczce w szpitalu czy w ambulatorjum byłaby przeważnie bardzo problematyczna, albo też pieniądze te powędrowałyby w dużej części za granicę do rąk obcych wydawców, za dzieła pisane w obcym języku, dzieła prawdziwie specjalne, istotnie potrzebne w bibljoteczce podręcznej, ale dzieła, które ze względu na ich specjalność mogą opłacać się wydawcy jedynie wówczas, gdy obszar zapotrzebowania jest nierównie większy niż w naszym języku i w naszym kraju.

Aby więc zwiększyć pokup na nasze książki, trzeba byłoby nietylko stworzyć bibljoteczki i zaopatrzyć je w dotacje, lecz nałożyć na nie obowiązek kupowania wyłącznie polskich książek. Nie wiadomo jednak czy byłoby to wskazane ze względu na przeznaczenie tych książek. Myślę, że raczej należy w to powątpiewać. Że wszyscy wydawcy byliby z takiego obrotu sprawy bardzo zadowoleni, w to nie należy wątpić. Ale czy te książki leżące na półce wpłyną na poziom wiedzy lekarza? Dzieła istotnie podręczne byłyby zapewne w użyciu, ale dzieła o treści ogólnej lub zasadniczej byłyby leżały nienaruszone i pokrywałyby się warstwą pyłu.

Dlatego też myślę, że jeśli się pragnie skutecznie zaradzić złemu, nie należy unikać rozpatrzenia przyczyn tego zła. Przeciwnie należy je wszechstronnie omówić i wówczas dopiero nad skutecznym sposobem przeciwdziałania się zastanowić.

Co zaś do przyczyn, to być może jedną z nich jest tak często wspominany powojenny upadek moralności i chęci do pracy, a wzrost chęci do użycia, a więc do jaknajprędszego zrobienia majątku bez względu na drogę, jaka do tego prowadzi. Ale zdaje mi się, że najważniejszą przyczyną jest sprawa znacznie bardziej zawiła. Jest nią mianowicie to, że rozwój wiedzy postępuje naprzód znacznie szybciej niż rozwój pojemności umysłów ludzkich, jeśli ten ostatni wogóle, idąc z pokolenia na pokolenie, może mieć miejsce. Weźmy do ręki jakikolwiek stary podręcznik np. Fizjologję Dondersa i Wundta pod redakcją Hoyera (sen.), tłómaczoną na język polski (1872). Uderza nas prostota tematu podanego w formie przystępnej dla każdego i bez specjalnego przygotowania zrozumiałej. Przy przeglądaniu treści takiego podręcznika nie doznaje się żadnych trudności nie ma się potrzebyześrodkowywania umysłu dla zrozumienia przedmiotu, dzięki czemu przy czytaniu doznajemy intellektualnej przyjemności. Czyż obecnie wydawane podręczniki są równie dobremi dziełami ogólnemi, które w zupełnie przystępnej formie podają lekarzowi to, czego potrzebuje on dla ugruntowania swej wiedzy? Otóż tak nie jest. Weźmy jakikolwiek świeżo napisany podręcznik (nie nowe wydanie starego) fizjologji w polskim lub w obcym języku. Przekonamy się, że podręcznik taki zawiera treść trudną do zrozumienia, wymagający przy czytaniu uwagi, a nawet czasem intenzywnej pracy umysłowej, której bez zmęczenia nie można przez czas dłuższy wykonywać. Dla zrozumienia treści trzeba być niebylejak obznajomionym z podstawowemi pojęciami z fizyki, chemji, a w części i chemji fizycznej, nie mówiąc już o matematyce, anatomji i t. p. Prócz tego dzieło takie przeładowane jest całemi rozdziałami, które mają jedynie teoretyczno-fizjologiczne znaczenie, a są zupełnie zbyteczne dla lekarza-praktyka; szeroko uwzględnione są w niem różne teorje nieraz trudne do zrozumienia i sztuczne, od rzeczywistości bardzo jeszcze dalekie, które również praktyka mało interesują, jako daleko wykraczające poza jego potrzeby, a niejednokrotnie nawet poza jego świat myślowy.

I nietylko fizjologja, lecz i inne nauki wykładane na wydziałach lekarskich i mające znaczenie podstawowe i ogólnokształcące, w ciasnem zrozumieniu tego słowa, stają się coraz bardziej naukami same dla siebie, posiadają coraz więcej swoich własnych, nieraz o ogromnem teoretycznem znaczeniu problematów, których jednak lekarz praktyk wprost objąć nie może, gdyż musiałby posiadać nie jeden, lecz kilka mózgów. Student medycyny, który świeżo przebył egzaminy z przedmiotów przygotowawczych ledwie z trudnością i to nie zawsze obejmuje te teorje i działy, których wykładają mu profesorzy i których wymagają od niego przy egzaminie. Natomiast lekarz, którego świat zainteresowań przesunął się dalej, który kształcił się choć może i niedawno, ale wtenczas gdy teorje podawane w nowych podręcznikach z powodu szybkiego postępu wiedzy inną miały postać, który przedmioty przygotowawcze pamięta zaledwie w małej części, nie może bez odpowiedniego poszukiwania w różnych dziełach nawet zrozumieć wielu podziałów takiego podręcznika.

Czyż wina leży w tem, że podręczniki są źle pisane? Bynajmniej. Raczej przyczyną jest to, że podręczniki, idąc za ogólnym rozwojem wiedzy, stają się z konieczności coraz bardziej książkami dla specjalistów w danej dziedzinie, a nie książkami dla lekarza. Dany przedmiot traktowany jest nietylko jako przygotowanie do ugruntowania wiedzy lekarskiej, ale również, a czasem nawet głównie, jako przedmiot sam dla siebie. Dlatego też nawet doskonały podręcznik teoretycznego przedmiotu nie daje lekarzowi tego, czego rad szuka. Nic więc dziwnego, że lekarz nie posiada daleko idącego zainteresowania dla książki naukowej.

Aby uzupełnić swą wiedzę i podtrzymywać ją na odpowiednim poziomie młody zwłaszcza lekarz nieraz zwraca się do czasopism lekarskich. Nasze czasopisma lekarskie tak nielicznych posiadają prenumeratorów, że muszą się uciekać do takich środków, jak przymusowa prenumerata dla członków towarzystw lekarskich. Znam wielu młodych lekarzy, którzy odrazu na początku swej praktyki, posiadając jeszcze bardzo małe dochody,

rozpoczynają prenumerowanie jakiegoś czasopisma i bez żadnego przymusu. Po krótkim czasie przestają jednak zwykle abonować odnośne czasopismo. Cóż jest przyczyną takiego zniechęcenia lub braku zainteresowania? Młody lekarz, spodziewający się znaleźć ciekawe wiadomości, znajduje, poza informacjami o ruchu towarzystw lekarskich oraz o wydarzeniach ze świata naukowego zwykle jedynie w postaci krótkich wzmianek, wszystkie szpalty zapełnione przez prace naukowe. Prace te nieraz, choć oczywiście bynajmniej nie zawsze, posiadają dużą wartość naukową. Ale czyż przez czytanie protokołów z doświadczeń, modyfikacji w zabiegach, szerokiego omawiania jakiegoś jednego z tysiąca nowych preparatów leczniczych, czy spostrzeżeń kazuistycznych wzmoże się zainteresowanie do czytania czasopisma? Czytelnik raczej pragnąłby otrzymać wyniki prac podobnych w jaknajkrótszej formie, a zato mieć jaknajwięcej artykułów o ogólnem znaczeniu, i to tak z dziedziny teorji, jak i praktyki medycyny. Lekarz pragnąłby mieć ogólne wiadomości o najświeższych poglądach odnoszących się do pracy danego organu podane w jaknajprzystępniejszej formie, chciałby przeczytać artykuł omawiający niedawno powstałą głośną teorję o patologji jakiegoś narządu, nowy sposób wykrywania jakiejś choroby i t. p., otrzymuje natomiast „prace oryginalne" nieraz o olbrzymiej rozciągłości, których czytaniem zajmuje się przeważnie, prócz autora, bardzo nieliczna grupa pracujących w danej dziedzinie.

Tak więc wiadomości znajdujące się tak w podręcznikach, jak i w fachowych czasopismach, są podane bardzo często w formie z konieczności bardzo skomplikowanej i mało przystępnej, przyczem bardzo często są w nich poruszane dziedziny dla lekarza praktyka mało interesujące. Nie należy jednak wniosku odwracać, wypowiadając zdanie, że gdyby zmienić treść podręczników na bardziej przystępną, wykreślając z nich działy nie mające styczności z medycyną praktyczną, a w czasopismach prace podawać w postaci bardzo krótkich wzmianek, rozszerzając bardzo dział sprawozdawczy z ruchu naukowego w różnych dziedzinach wiedzy teoretycznej i praktycznej, toby zaraz zainteresowanie wzrosło i poczytność wzmogłaby się bardzo znacznie. Choć bowiem z powyższych wywodów zmiana taka wydaje się w a r u n k i e m k o n i e c z n y m, aby zainteresowanie dla wydawnictw naukowych wzrosło u lekarzy, to jednak bynajmniej nie myślę, aby był to w a r u n e k w y s t a r c z a j ą c y.

Wogóle, choć chciałem nieco oświetlić przyczynę powodującą powstanie danego stanu rzeczy, nie czuję się w mocy podać jakiegoś sposobu naprawy. Nie wiem czy nawet kwestja ta może być tak teoretycznie rozstrzygnięta, aby potem po wprowadzeniu w życie osiągnęła porządany skutek. Raczej żadne z góry obmyślane plany nic tu nie pomogą, aż dopóki samo życie, stawiając coraz to większe wymagania, nie wyeliminuje jednostek o wiedzy zbyt małej.

Zresztą kwestia ta, zasadniczo biorąc, wydaje mi się cześcią sprawy obszerniejszej, dotyczącej ogólnego zasadniczego ugruntowania wiedzy u lekarzy. Mój głos, jako wychowanego i żyjącego wśród przekonań, że lekarz nietylko powinien u m i e ć, ale również powinien w i e d z i e ć, być może nie byłby bezstronnym. Słyszymy zaledwie z rzadka o takich lekarzach, jak ten amerykanin, który przyjechał do Wiednia jedynie poto aby nauczyć się tonsillotomji. Najbardziej interesujące przypadki o ogólno naukowem znaczeniu nie zwrócą ich uwagi, jeśli nie wchodzą w zakres ich rzemieślniczej funkcji, którą jednakże wykonują bez zarzutu. Są oni w stosunku do swych europejskich kolegów ludźmi mało wykształconymi, dla których zagadnienia fizjologiczne, a najczęściej także teoretyczne uzasadnienie ich własnego działania terapeutycznego są zupełnie obcemi sprawami. Nas to bardzo dziwi, gdyż przepojeni jesteśmy mniemaniem, że lekarz musi być człowiekiem wysoce wykształconym, który nietylko o teorji medycyny, ale także o każdej pokrewnej nauce powinien mieć gruntowne pojęcie. Lekarz n. p. musi być biegłym farmakognostą, aby, jeśli go gdzieś w domu chorego zainterpelują w sprawie jakichś nieznanych ziółek znajdujących się w torebce bez napisu, mógł natychmiast wymienić ich nazwę i zastosowanie. Powstaje oczywiście pytanie czy umysł ludzi o przeciętnych zdolnościach może wogóle podołać temu zadaniu.

Pytanie, który z tych typów lekarzy jest lepszy czy bardziej pożądany, rozstrzygany zwykle na korzyść drugiego. Ale którego z nich wyeliminuje życie — przyszłość dopiero pokaże. A wraz z tem zostanie zapewne rozstrzygnięta kwestja zainteresowania lekarzy i studentów do wszechstronnego ugruntowania swej wiedzy, której chyba nikt nigdy zbyt dużo nie posiądzie.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Związek Przeciwjagliczy.

W dniu 15. IV. 1930 odbyła się w Departamencie Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych konferencja w sprawie utworzenia Związku Przeciwjagliczego.

Na konferencję tę zostało zaproszonych szereg osób, zainteresowanych zagadnieniem jaglicy i jej zwalczania ze sfer okulistycznych-fachowych (prof. Szymański, Doc. Melanowski, Dr. Czyżewski), rządowych (Dr. J. Adamski, Dr Palester i Dr. Zachert — Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Dr. Górski — Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, Dr. Kopczyński — Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego), samorządowych (Dr. Cz. Wroczyński — Magistrat m. st. Warszawy) i społecznych (Dr. W. Chodźko b. Minister Zdrowia Publicznego) ze Związku Kas Chorych, Dr. Zembrzuski — z Polskiego Czerwonego Krzyża i prof. Michałowicz — z Polskiego Komitetu Opieki nad Dzieckiem i t. p.).

Konferencję zagaił Dr. J. A d a m s k i zastępca Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia, poczem Dr. M. Z a c h e r t, kierownik referatu zwalczania jaglicy w Departamencie Służby Zdrowia, przedstawił stan nasilenia jaglicy w kraju oraz dotychczasową organizację zwalczania tej klęski społecznej u nas i zagranicą. Nasilenie jaglicy u nas w kraju nie jest zbyt silne, cierpieniem tem dotknięte jest średnio mniej, niż 1% ludności, jednakowoż w niektórych okolicach kraju, zwłaszcza na kresach północno-wschodnich (Wileńszczyzna), a także na pograniczu zachodniem (woj. Łódzkie) jaglica występuje daleko częściej, stanowiąc klęskę społeczną. Naogół też szerzenie się jaglicy u ludności powoduje straty społeczne (niezdolność do pracy i kalectwo) oraz jest dowodem niskiego stanu sanitarnego kraju i z tego powodu wszędzie winna być energicznie zwalczana.

W Polsce walka z jaglicą była prowadzona najpierw na terenie wojska (kompanje jaglicze), później na terenie zakładów opiekuńczych (zakłady lecznicze dla dzieci jaglicznych) i szkół (szkoły jaglicze), a wreszcie wśród ogółu ludności (przychodnie przeciwjaglicze i kolumny okulistyczne).

W akcji zwalczania jaglicy poza zainteresowanemi ministerstwami z Ministerstwem Spraw Wewnętrznych na czele oraz samorządami terytorjalnemi, które w myśl dekretu Prezydenta Rzeczypospolitej o zwalczaniu jaglicy (Dz. U. R. P. Nr. 36, poz. 333 z 1928 r.) w pierwszym rzędzie obowiązane są prowadzić akcję zwalczania jaglicy, współdziałają różne instytucje rządowe, samorządowe i społeczne, a mianowicie: uniwersytety, kasy chorych, Polski Czerwony Krzyż, Polski Komitet Opieki nad Dzieckiem Tow. „Toz" i t. d.

W myśl wzmiankowanego dekretu o zwalczaniu jaglicy Ministerstwu Spraw Wewnętrznych przysługuje prawo nadzoru nad całokształtem akcji zwalczania jaglicy w kraju i koordynowania w ten sposób działalności wszystkich instytucyj w tym zakresie. Jednakowoż koordynacja działalności w drodze nadzoru z natury rzeczy musi polegać przedewszystkiem na kontrolowaniu i uzgadnianiu działalności już istniejących instytucyj, co jest niewątpliwie funkcją ważną i pożyteczną dla podniesienia sprawności akcji ale nie wyczerpuje jeszcze całości zagadnienia i racjonalnego jej rozwoju.

Wystarczy tu wskazać choćby na brak poparcia organizacyjnej akcji zwalczania jaglicy przez badania naukowe nad tą choroba, a zwłaszcza na brak opracowania naukowych kryterjów rozpoznawania jaglicy, co niepomiernie hamuje rozwój całej akcji, oraz na brak jednolitego poparcia akcji zwalczania jaglicy przez tak szeroko rozgałęzione instytucje, jak kasy chorych aby zrozumieć konieczność ściślejszej współpracy w tym zakresie wszystkich zainteresowanych instytucyj.

Uwzględniając nasz ustrój prawny, gdzie sprawy zdrowia, a więc także jaglicy wchodzą w zakres kompetencji różnych ministerstw oraz różnych instytucyj, w celu zapewnienia akcji zwalczania jaglicy jednolitego kierunku oraz wszechstronnego rozwoju wskazane jest utworzenie Związku dla zwalczania jaglicy na wzór Związku do zwalczania gruźlicy i Związku Przeciwwenerycznego, którego zadaniem byłoby koordynowanie działalności na tem polu wszystkich czynników społecznych.

Konieczność takiej społecznej kolaboracji w zakresie zwalczania jaglicy zrozumiano najpierw we Francji, gdzie w r. 1923 r. wskutek wzmożonego szerzenia się jaglicy po wojnie zawiązano Ligę Przeciwjagliczą. Liga ta rozwinęła energiczną działalność propagandową i naukową, znakomicie przyczyniając się do rozwoju akcji przeciwjagliczej nietylko we Francji, ale niemal na całym świecie.

Ponieważ zagadnienie jaglicy interesuje niemal wszystkie kraje na świecie, a skuteczne zwalczanie tej klęski możliwe jest tylko przy współdziałaniu międzynarodowem wszystkich zainteresowanych, przeto z inicjatywy Sekcji Higjeny Ligi Narodów i ostatniego Międzynarodowego Kongresu Okulistycznego w Amsterdamie zawiązuje się obecnie Międzynarodowy Związek dla zwalczania jaglicy.

Zadaniem tego Związku ma być przedewszystkiem zbieranie i opracowywanie materjałów, dotyczących jaglicy i jej zwalczania na świecie, dalej wypracowywanie zasad i metod udzielania moralnej i materjalnej pomocy w organizowaniu akcji zwalczania jaglicy w poszczególnych krajach.

Związek Międzynarodowy utworzony ma być ze związków krajowych. W konferencji wstępnej ze strony Polski brali udział prof. Szymański i Dr. Zachert.

Wkrótce (w lipcu) ma odbyć się zebranie organizacyjne Związku Międzynarodowego. Aby Polska mogła brać udział w międzynarodowych pracach nad zwalczaniem jaglicy oraz korzystać z dobrodziejstw tej instytucji, konieczne jest utworzenie także u nas instytucji, któraby całokształt prac nad zwalczaniem jaglicy w Polsce mogła reprezentować.

Dlatego też tak ze względów wewnętrznych na dobro i rozwój akcji przeciwjagliczej w Polsce, jak również ze względów międzynarodowych na potrzeby międzynarodowej współpracy w zakresie zwalczania jaglicy i korzystania z jej dobrodziejstw koniecznie jest utworzenie Polskiego Związku Przeciwjagliczego.

W dyskusji nad tym referatem zabrali głos: Dr. Wroczyński Doc. Melanowski, Dr. Czyżewski, Dr. Zembrzuski i Dr. Górski, wypowiadając się za celowością i potrzebą utworzenia takiego Związku.

Na wniosek Dyrektora Dr. Adamskiego powołano Komitet dla opracowania statutu Związku oraz jego działalności .

W skład Komitetu weszli:

1) Zastępca Dyrektora Dr. Adamski, 2) Dr. Czyżewski, 3) Doc. Melanowski, 4) Prof. Szymański, 5) Dyr. Dr. Wroczyński, 6) Dr. Zachert.

Na zakończenie Dr. Zachert przedstawił zebranym sprawę międzynarodowej organizacji dla zapobiegania ślepocie, która została zawiązana we wrześniu 1929 roku w Schewningen, i zaproponował, aby upoważnić wybrany Komitet do szczegółowego zapoznania się z tem zagadnieniem oraz ewentualnego rozszerzenia zakresu Związku Przeciwjaglicznego także na sprawy zapobiegania ślepocie.

Przewodniczący Konferencji: (—) *Adamski.*

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Prof. Dr. L. Kofler i Docent Dr. A. Mayrhofer: *Hausapotheke und Rezeptur.* Verlag J. Springer, Wien-Berlin (Bücher der Aerztlichen Praxis). St. 188.

Książeczka ta podręczna nie posiada tak wielkiego znaczenia dla lekarza, dysponującego dobrze zaopatrzoną apteką w większem lub mniejszem mieście, nieocenioną zaś wprost wartość posiada dla lekarza urządzającego sobie lub już prowadzącego aptekę domową. Dotychczas musiał lekarz, chcący sobie stworzyć aptekę domową, korzystać z książek i podręczników farmaceutycznych przyczem niejednokrotnie trudnem było lekarzowi rozstrzygnąć, które prace receptowe możliwe są do przeprowadzenia w aptece domowej. Zasługą znaczną jest autorów, że korzystając z osobistych doświadczeń, nabytych na kursach dla lekarzy, prowadzących apteki domowe oraz w rozmowach z wieloma lekarzami-aptekarzami korzystając przytem z postępu wiedzy nowoczesnej, zebrali w książeczce tej w dostępnej formie wszystko, co potrzebne jest do urządzenia apteki domowej.

Autorzy zwracają uwagę większą na przepisywanie recept, mających być sporządzonych w aptece domowej. Nie wszystkie recepty, z taką łatwością sporządzane w aptekach, mogą być bez trudności przygotowywane w aptece domowej. Na tę okoliczność zwrócona jest uwaga w książące tej i szczególnie w rozdziale „O środkach leczniczych w aptece domowej“ przy każdym środku leczniczym dołączona jest uwaga, w jakich postaciach i kombinacjach może być sporządzonym w aptece domowej. Jeszcze na jedną rzecz bardzo ważną kładą autorzy nacisk. U lekarza posiadającego aptekę domową odpada przy sporządzaniu recepty kontrola drugiej osoby w postaci aptekarza. Odpowiedzialność zatem tego lekarza jest znacznie większą aniżeli lekarza innego, którego pomyłka w recepturze czy to w postaci przekroczenia dawki maksymalnej, zapisanie mieszanki o własnościach wybuchowych i t. d. może być naprawioną przez aptekarza. Dlatego autorzy w każdym rozdziale uwzględniają to należycie już to ostrzegając przed łatwemi pomyłkami, już to wybierając możliwe do przeprowadzenia i bezpieczne dla chorego mieszanki. Ponieważ niemożliwością było dla autorów wykryć wszystkie kombinacje, których chory nie znosi, starali się przy opisie każdego środka zwrócić uwagę tylko na najważniejsze.

Książka ta nie daje czytelnikowi wskazówek lub nauki jakie ma przepisywać lekarstwa, uczy tylko jak je ma sporządzać.

Autorzy nie postawili sobie za zadanie nakazywać lekarzowi, jakie ma zalecać lekarstwa, tylko wskazać jak je ma kombinować i przyprawiać samemu. Nie uwzględniają zatem przetworów gotowych, ponieważ można je nabyć w postaci już gotowej do użycia nie wymagają zatem właściwych wiadomości farmaceutycznych. Z tego założenia wychodząc starali się wyczerpać wszystko praktycznie bez zbaczań w dziedzinę teoretycznych rozważań. Po opisaniu materjałów i przyrządów, potrzebnych do urządzenia apteki domowej przechodzą do wyliczenia środków leczniczych, koniecznych w aptece domowej. Przy każdym środku podane są używane synonima. Czynią to autorzy dlatego, ponieważ w niektórych starszych receptach wielokrotnie używane są synonima, o których lekarze często zapominają. Tak n. p. zamiast kofeiny — trimethylxantyn i t. p. Szczególną uwagę kłaść powinien aptekarz domowy na sygnaturę. Autorzy starają się lekarzowi-aptekarzowi domowemu ulżyć w pracy. Substancje, które nie znoszą dłuższego leżenia, zastępują innemi. Środki częściej używane i o większych możliwościach połączeniowych wyróżniają. Chemiczne i fizykalne własności pojedyńczych środków opisują o tyle, o ile koniecznem jest dla uniknięcia pomyłek. Książka ta w pierwszym rzędzie przeznaczona jest dla lekarzy, posiadających apteki domowe dla których jest doskonałym doradcą, jednak i lekarz niepracujący w aptece domowej znajdzie wiele korzystnych i praktycznych wskazówek, tyczących się poszczególnych lekarstw oraz pisania recept.

Ungar (Lwów).

E. Juster: *„Traitement des Affections Neuro-cutanées“*. Wydane przez Masson et Comp. Paryż. 1929. Stron 126, brosz. Cena 14 franków.

Dotychczasowe próby ogólnej systematyki chorób skóry na zasadach etjologicznych, nie udały się jeszcze całkowicie. Dlatego tembardziej przedwcześnie jest mówić o leczeniu etjologicznem i przyczynowem, przez utworzenie sztucznej grupy neurodermatoz w której za podstawę uzasadniającą wliczenie danej dermatozy do neuro-dermatoz, uważa się jeden jedyny symptom kliniczny: to jest świąd.

Z tych powodów całe założenie autora należy uważać za chybione, gdyż do neuro-dermatoz zalicza on następujące jednostki i objawy chorobowe. Wyliczę je w oryginalnej terminologii francuskiej: Prurits, Prurigos, Nevrodermites, Dermites provoquées ou simulées, Hypertrichose, Pelade, Alopécie prématurée idiopathique, Hyperhidrose, Maladie de Fox-Fordyce, Séborrhée Glossy-skin, Dermographisme, Kératodermies, Melanodermies et Vitiligo, Erythrose pigmentaire faciale, Onychoses, Maladie de Raynaud, Erythromélalgie, Acroparesthésies, Kraurosis Vulvae, Mal perforant, Glossite exfoliatrice marginée, Erythromélie de Pick, Sclerodermie, Hémiatrophie faciale, Acrocyanose, Erythrocyanose sus-malléolaire, Rosacée, Trophoedème, Lipostrophie, Oedème circonscrit de le face dorsalé du pied, Maladie de Dupuytren, Zona, Algie post-zostérienne, Pemphigus, Lichen plan, Acrodynie.

Pojęcie „neuro-dermatoza“ jest uzasadnione od dawna, należałoby jednak zacieśnić je do przypadków klinicznie i etjologicznie pewnych. Zbytnie uogólnianie i rozszerzanie takich grup dermatologicznych, wprowadza chaos, i nie daje wartościowych wskazówek leczniczych.

Kauczyński (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VII, nr. 26, z 16 czerwca 1930: H. Brokman: Patogeneza zjawisk związanych z działaniem jadu ospowego. — A. Landau, B. Glass i M. Fejgin: Z kazuistyki cukrzycy. Doniesienie III. Przypadek cukrzycy, powikła-

nej zgorzelą płuc, skutecznie leczony za pomocą insuliny i odmy sztucznej. — W. Franzówna: Zapobieganie krzywicy i jej leczenie (Streszcz. zbior. c. d.). — L. Hirszfeld: Działalność Państwowego Zakładu Higieny w świetle liczb. — L. Zamenhof: Dzieje medycyny (c. d.).

Pedjatrja Polska, tom X, zeszyt 3, za maj i czerwiec 1930: M. Erlichówna: Diagnostyka wylewów śródczaszkowych noworodka. — Fel. Rozen: Wartość praktyczna hemogramu Schillinga u dzieci do lat dwuch. — H. Frenklowa: Przypadek odmy zastawkowej otwartej pochodzenia zewnętrznego. — S. Mendelsowa: Przypadek ciężkiego wstrząsu po dożylnem stosowaniu cukru gronowego. — St. Wysocka: Rzadkie postacie schorzeń śledziony w wieku dziecięcym.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVII, nr. 26, z 29 czerwca 1930: E. Lelesz i A. Przeździecka-Jędrzejowska: Czynniki dopełniające „Witaminy" w tranach leczniczych. — Nowe leki. — Sprawy zawodowe.

Młoda matka, nr. 13, z r. 1930: S. Popowski: Po co wyjeżdżamy na wieś? — Baumritter: Jak korzystać ze słońca? — T. Lewenfiszowa: Zasady żywienia dzieci latem. — Z. Kurlandzki: Kilka słów o mleku. Kolonje letnie Ligi Opieki nad Dzieckiem. — J. Dylińska: U źródeł radości życia. — Sztrancmanowa: Prawo dziecka do ryzyka.

Zdrowie, rok XLV, nr. 12, z 15 czerwca 1930: M. Kacprzak: Międzynarodowa wystawa w Dreznie. — Krippendorf: Współpraca lekarza powiatowego z nauczycielem szkoły powszechnej. — J. Wójcikowski: Zimowe wakacje w szkołach powszechnych.

Nowiny społeczno-lekarskie, rok IV, nr. 13, z 1 lipca 1930: Z życia Związku lekarzy Państwa Polskiego; Ustawy i rozporządzenia. — F. Mieczyński: Nadużycia z prześwietleniami promieniami Roentgena. — F. Kacperowicz: Błędna droga błędne wnioski. — St. Czerwiński: Kara sądowa czy administracyjna. — Z Izb lekarskich.

Kobieta współczesna, nr. 27 z r 1930: J. Ginett:Wojnarowiczowa: Spółdzielnie mieszkaniowe i letniskowe. — Z działalności Koła pań przy polskim Komitecie do zwalczania raka.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VII, nr. 27, z 3 lipca 1930: M. Szour: W sprawie rozpoznawania klinicznego białaczki ostrej. — B. P. Muszkatblat: Arsen w praktyce dziecięcej. — W. Franzówna: Zapobieganie krzywicy i jej leczenie (Streszcz. zbior. dok.). — St. Adamowiczowa: Wrażenia z międzynarodowej wystawy higienicznej w Dreznie.

Wiadomości weterynaryjne, rok XII, tom IX, nr. 118/119 z czerwca 1930: J. Kulczycki: Dwa przypadki powikłań przy kastracji. — Z. Zaniewski: Choroby zaraźliwe zwierzęce w woj. warszawskiem w 1929 r.

Nowiny lekarskie, rok XLI, zeszyt 13, z 1 lipca 1930: J. Ruszkowski: Prof. Dr. Kazimierz Noiszewski. — A. Bednarski: O perspektywie Jana Peckhama, z rysunkiem anatomicznym mózgu i oczu w rękopisie krakowskim Szędziwuja Czechla z r. 1430. — J. Szymański: Ciemnia. — W. H. Melanowski: Przyczynek do nauki o szczelinowatej źrenicy. — W. Kapuściński: O stosunku okulistyki do reszty nauk lekarskich. — K. Bałłaban: Zależność chorób oczu od chorób zębów. — A. Wirszubski: W sprawie zapalenia nerwu wzrokowego pozagałkowego. — J. Sobański: O leczeniu ciężkich schorzeń rogówki naświetlaniem promieniami pozafiołkowemi. — Z. Januszewski: Przypadek twardzieli woreczka łzowego. — St. Topolski: O zapaleniu gruźliczem c. rzęskowego i tęczówki w wieku rozwojowym.

Wychowanie fizyczne, rok XI, zeszyt 7—9 z r. 1930: H. Szczodrowski: Wychowanie płciowe młodzieży. — K. Stojanowski: W sprawie selekcji kandydatów na wychowawców fizycznych. — W. Sikorski: 25 lecie Zw. Tow. gimn. i Międzynarodowy Kongres W. F. w Sztokholmie. — Z. Wyrobek: Wartość wychowawcza ćwiczeń cielesnych. — L. Tomkiewiczówna: Młyneczek. — K. Pietkiewicz: Z metodyki pływania. — Wł. Czarniecki: Harcerstwo w szkole. — M. Dorywalski: Wodne tereny sportowo-turystyczne w Polsce.

Wiadomości farmaceutyczne, r. LVII, nr. 27, z 6 lipca 1930: E. Lelesz i A. Przeździecka-Jędrzejowska: Czynniki dopełniające „Witaminy" w tranach leczniczych. — J. Muszyński: Z wędrówek farmakognostycznych po Europie. — Nowe leki.

Przemysł chemiczny, nr. 13, z lipca 1930: M. Dominikiewicz: Zależność pomiędzy budową i powinowactwem barwników do włókna roślinnego.

Medycyna warszawska, nr. 13, z 7 lipca 1930: J. Zaorski: Podwójna rana serca, wyleczona zabiegiem operacyjnym. — K. Potrzobowski: Uwagi w sprawie odmrożenia. — L. Regmunt-Sobieszczański: O głodzeniu i leczeniu głodowem. A. Drezdner: Moje doświadczenie z przetworem przysadki mózgowej w położnictwie i w przypadkach poronień.

Wiadomości Kas chorych, rok I, nr. 6, z r. 1930: Dział urzędowy. — Okręgi urzędów ubezpieczeń. — Kasa chorych m. Warszawy. — Kasa chorych m. Łodzi. — Dział sprawozdawczy. — Opieka nad dzieckiem. — Polski Czerwony Krzyż. — Opieka socjalna w Monopolu tytoniowym.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy i Przewodnik turystyczny, rok XIX, nr. 6, z 1 lipca 1930: Korczyński L.: Klimatische Gebirgskurorte in Polen zur Behandlung vegetativer Neurosen und endokrinogener Störungen. — A. Sabatowski: Postulaty naukowej organizacji zdrojownictwa w Polsce. — K. Sawicz: Wziewania solankowe jako środek leczniczy z uwzględnieniem solanki inowrocławskiej.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo czeskie.

Bratislavské Lekárske Listy.

Rocznik X. Luty 1930. Zeszyt 2.

Dr. Přerovský: *Wpływ aktinoterapji na krzepliwość krwi i tamowanie krwi.* Stosunek między ciepłem a tamowaniem krwi zachodzący kieruje się temi samemi prawidłami, które stosujemy do ciepła kondukcyjnego. Promienie słoneczne działają na ustrój, jak długo się tyczy krzepliwości i tamowania krwi, po części przez swoje komponenty cieplne, po części przez swoje składniki pozafiołkowe. Autor rozbiera i wyjaśnia korzystny wpływ naświetlania słońcem u chorych na hemofilię. Promienie pozafiołkowe wywołują w zdrowym ustroju nieznaczne zmniejszenie krzepliwości krwi i przesunięcie równowagi koagulacyjnej ku dołowi. Ustroje hemofilne (purpura, haemoptoe) są bardziej czułe na działanie promieni pozafiołkowych, aniżeli ustroje zdrowe. Autor wskazuje na znaczenie próby kwadratowej (przekrwienie czynne po naświetleniu pozafiołkowem) przy rozpoznawaniu skazy kwotocznej. Twarde X-promienie wywołują in vitro i in vivo krzepliwość krwi oraz wykazują własności styptyczne. X-promienie działają wprost na krew, uwalniając z rozpadłych elementów komórkowych cytozym. Sole radu oddziaływują na krzepliwość krwi w sposób analogiczny do promieni Roentgena.

Dr. Přerovský: *Hydroterapja i krzepliwość krwi.* Po zaznaczeniu związku zachodzącego między ciepłem a oporem koagulenu in vitro bada autor względną krzepliwość krwi włosowatej i żylnej wywołaną przez zmiany w równowadze koagulacyjnej pod wpływem działań hydroterapji. Ciepło kondukcyjne zwiększa krzepliwość krwi w miejscu zadziałania oraz w miejscach konsensualnych, zimno obniża. Zabiegi wodolecznicze przesuwają równowagę koagulacyjną, która pod wpływem ciepłych kąpieli w skórze wzrasta, podczas gdy w narządach wewnętrznych z wyjątkiem nerek i mięśni obniża się. Po kąpielach chłodnych zmiany występują odwrotne. Paralelizm między odczynem naczyniowym a krzepliwością krwi można wyrazić przez następujący stosunek: zwężenie naczyń, obniżenie krzepliwości krwi, rozszerzenie naczyń, podwyższenie krzepliwości.

Dr. Ungar (Lwów).

Piśmiennictwo amerykańskie.

Clinical medicine and surgery.

Vol. 37. Nr. 4. Kwiecień 1930.

J. T. Scott: *Związki wewnętrznego wydzielania z farmakodynamiką.* Leki nie działają nigdy wprost na narządy, ale przez pobudzanie lub porażanie jednego lub kilku ośrodków systemu nerkowego, a zwłaszcza, nieraz wyłącznie, przez działanie na główny ośrodek, za który uważa autor tylny płat przysadki. Podaje też poglądy innych badaczy w tej dziedzinie (Sajous).

Stosowanie leków przy znieczuleniu. D. E. Picone zwraca uwagę na przygotowanie do znieczulenia dla operacji. Próba wydolności mięśnia sercowego; jeżeli pacjent potrafi wstrzymać oddech dłużej, niż 30 sekund, norma, 20—30 sekund, znieczulenie eterowe

należy poprzedzić podaniem środka nasercowego; poniżej 20 sekund przeciwwskazanie dla znieczulenia eterowego. Dla zapobieżenia *kwasicy* trzeba dawać przed operacją dużo dwuwęglanu sodowego oraz dekstrozy. *Przeczyszczenia* należy dokonywać przed operacją raczej per clisma. Używanie *morfiny* przed znieczuleniem jest szkodliwe, odpowiednia jest jedynie *atropina*. Dla zapobieżenia *syncope*, która wywołana jest podrażnieniem zakończeń nerwu trójdzielnego w nosie przez eter, a stamtąd odruchowo zakończeń sercowych nerwu błędnego i ośrodków oddechowych — dobrze jest kokainizować śluzówkę nosa przed zabiegiem. W żółtaczce przed zabiegiem mleczan wapnia, oraz duże ilości dekstrozy. Postępowanie *podczas* znieczulenia: w razie *wstrząsu* ochrona przed zimnem oraz zastrzyk domięśniowy pituitryny, działającej dłużej, niż adrenalina. W razie *zaburzeń oddechania* mieszanina dwutlenku węgla i tlenu w stosunku 1 : 9 do wdychiwania i atropina podskórnie. W razie *zaburzenia krążenia* nagłego, rzeczy rzadkiej w znieczuleniu eterowem, należy zastąpić wdychiwanie eteru przez CO_2 i O, stosować sztuczne oddechanie, masaż serca (jeżeli dostępne przez przeponę), zastrzyk dosercowy adrenaliny i atropiny: jeżeli krążenie słabnie zwolna, kofeina, kamfora, ergotyna, Trendelenburg, litr soli fizj. dożylnie. Postępowanie po znieczuleniu: pragnienie należy zwalczać drobnemi ilościami gorącej wody, gdyż zimna wzmaga je oraz powoduje wymioty. Jeśli to nie pomaga, litr soli fizjol. per rectum. Wymioty nie ustępują, gdy się uniknie kwasicy (p. w.). Pomaga szczawian ceru (0,3 g). Ponieważ często wymioty są odruchowe wskutek woni eteru z wydychanego powietrza — nieco gazy, zroszonej pachnidłem pod nos. *Wstrząs pooperacyjny* ustępuje po adrenalinie i instillacji kropelkowej roztworu fizjologicznego soli per rectum.

F. I. C. Cicotte: *Rozpoznanie i leczenie wiewióra u mężczyzn.*

Ze zjazdu lekarzy amerykańskich w Minneapolis podaje notatki G. B. Lake. Freeman mówił *o indywidualnej podatności wobec chorób*, opisuje 4 typy psychiczne: schizoidalny, paranoidalny, cykloidalny i epileptoidalny, oraz twierdzi, że schizoidalny jest bardzo skłonny do gruźlicy oraz chorób kiszkowych, mało do zaburzeń gruczołu krokowego, paranoidalny skłonny do raka i t. d. Nad tem, *co powoduje niestrawność* zastanawia się Alvarez. W zbadanych 500 przypadkach uderzyła go mała ilość (6) wrzodów żołądka. *Bieluń, jako środek* w *Parkinsonismus* poleca F. Epplen. Na *ukryty hyperthyreoidismus pod postacią choroby serca* zwraca uwagę S. A. Levine. Josslin twierdzi, że wszyscy *cukrzycy* mają *miażdżycę*. S. Harris mniema, że używanie nikotyny jest czynnikiem etjologicznym we *wrzodzie dwunastnicy* i usuwanie palenia wpływa leczniczo. Nowe *leczenie pellagry* podaje C. B. Brooks: usuwa jęczmienne pokarmy; daje dużo białka i wątrobę, przez co uniemożliwia wzrost grzybków w przewodzie pokarmowym, współdziałających przy powstawaniu choroby. W *hypertonia essentialis* W. B. Bread stosuje Kalium sulfocyanatum 0,1 g 3 razy dziennie. *O gorączce maltańskiej (Brucelliasis)* mówił W. M. Simpson, podkreślając, że nie zawsze jest odczyn zlepny dodatni, że stwierdza się u wielu osób wrodzoną odporność, oraz że istnieje odporność na tę chorobę przed okresem pokwitania, zarówno u ludzi, jak u zwierząt. Surowe mleko chorych krów jest głównym rozsadnikiem choroby. Wobec tego, że nieraz i uznane za zdrowe krowy chorobę tę roznoszą, trzeba wszelkie mleko i jego przetwory i z tego powodu pasteuryzować. Leczenie tylko szczepionka, dobrze sporządzona.

Gośćcowe schorzenia serca omawia S. A. Levine. Zwężenie ujścia lewego jest zawsze na tem tle, choć dane we wywiadach są tylko w 50% dodatnie.

Skuteczność diatermii (A. La Roe).

Anatomja i patologja powrózka nasiennego. H. C. Rolnick. Ze zdjęciami roentgenologicznemi z treścią kontrastową.

H. Hille: *Metale kolloidalne jako leki.*

Vol. Nr. 5. Maj 1930.

Tonsillektomja przy pomocy aparatu ssącego, jako dużo doskonalszy sposób zabiegu opisuje i poleca J. B. H. Waring.

Burr Fergusson: *Ciałka białe a gojenie się ran.*

G. B. Lake: *Czynniki psychiczne w chorobie.*

E. Hirsch: *Organiczne przyczyny niemocy płciowej.*

Cryptitis, t. j. zapaleniem cryptae Morgagni, zajmuje się Ch. J. Drueck. Leczenie jest miejscowe, każdy zapalny uchyłek musi być wymyty naprzód wodą, potem ichtjolem na zgłębniku przez wziernik odbytniczy. Należy używać czystego, dobrego ichtjolu. To powtarza się codzień, póki bolesność zgłębnikowania istnieje, co jest dowodem istnienia schorzenia danego uchyłka. Wprowadzanie zgłębnika srebrnego do zdrowych uchyłków jest niebolesne. W cięższych przypadkach należy postępować operacyjnie, usuwać schorzałe, zniszczone uchyłki.

S. O. B. Brooks: *Jama ustna w czasie ciąży.* Należy dbać o prawidłową przemianę wapniową, podając ergosterynę naświetloną naświetlając lampą kwarcową i utrzymując jamę ustną w szczególnej czystości.

Śmiertelny wynik zastrzyku do żylaków opisuje R. C. Mundt. Pacjentce zastrzyknięto w długim okresie czasu kolejno bezskuteczne rozmaite środki: salicylan sodu, jodek sodu i rtęci, chininę z uretanem i znowu jodek rtęci, który spowodował zatrucie, ciągnące się wiele tygodni i zakończone śmiercią.

G. W. Cooper: *Wyjaławianie rąk do zabiegów.*

Bincer (Kraków).

Piśmiennictwo niemieckie.
Klinische Wochenschrift.

Nr. 7. 1930.

Prof. Zacherl: *Układ siateczkowo-śródbłonkowy u chorych z nowotworami.* Układ ten odgrywa ważną rolę przy tworzeniu się ciał odpornościowych w zatruciach wszelkiego rodzaju, a także jako system obronny przed nowotworami. Nowotwory szczepione zwierzętom, którym uprzednio zaszczepiono tkankę śledzionowa, źle się przyjmowały i rozwijały. Nowotwory myszy przeniesione na zdrowe szczury szybko znikały, u szczurów zaś pozbawionych śledziony transplantowały się b. dobrze. Śledziona więc wywiera wpływ hamujący na rozwój nowotworu. Przy uszkodzeniu układu siateczkowo-śródbłonkowego nowotwory rozrastają się tak jak u zwierząt pozbawionych śledziony.

Prof. Felix: *Utlenianie i kwas moczowy.*

Wüllenweber: *Badania nad ciśnieniem w miedniczkach nerkowych zwłaszcza w ciąży.* Ciśnienie w miedniczkach zależne jest od ciśnienia w pęcherzu, przy wzrastającem ciśnieniu w pęcherzu i miedniczkach upośledzona jest czynność nerki, zmniesza się wydzielanie wody, barwika, azotu, soli. W ciąży ciśnienie w miedniczkach jest 2 razy większe niż normalnie, dzieje się to wskutek ucisku ciężarnej macicy. Podwyższenie ciśnienia w miedniczkach i moczowodach prowadzi początkowo do przerostu mięśniówki moczowodów, potem do rozszerzenia zarówno moczowodów jak i miedniczek, przyczem znaczna część tkanki nerkowej ulega zanikowi. Wielkość macicy jest przeszkodą w odpływie moczu, może więc być istotnym czynnikiem w powstawaniu *nephropatji* i *eklampsji.*

Chükri: *Doświadczenia nad działaniem nowasurolu na włośnicę u szczurów.* Opierając się na spostrzeżeniu, że w 2 przypadkach włośnicy u ludzi uzyskano działaniem novasurolu dobre wyniki, przeprowadzono odpowiednie doświadczenia na szczurach, nie zauważono jednak żadnego istotnego wpływu na przebieg choroby.

Nielsen: *Zachowanie się ciałek krwi w cukrzycy i kwasicy.* Podczas śpiączki cukrzycowej a raczej w okresie przedśpiączkowym ilość ciałek białych wzrasta, nie pozostaje jednak w żadnym proporcjonalnym stosunku do stopnia kwasicy. Mimo to jest cenną wskazówką przy ocenianiu niebezpieczeństwa śpiączki, pozwala też rozstrzygnąć u osób nieprzytomnych, czy chodzi o *coma* czy też wstrząs insulinowy, bowiem przy tym ostatnim ilość ciałek białych jest niska. U cukrzyczych gorączkujących ilość ciałek białych daje dobre wskazówki w dawkowaniu insuliny.

Steiner-Wourlisch: *Ekzema wywołana przez primulki u morskich świnek.* Uczulona na primulki skóra morskich świnek reagowała procesem zapalnym podobnym jak u ludzi.

Taterka i Goldman: *Opadanie krwinek czerwonych w schorzeniach tarczycy.* W Morbus Basedovi szybkość opadania krwinek czerw. jest zwiększona, z chwilą polepszenia się sprawy chorobowej zwalnia się opadanie. Metodą tą łatwiej więc kontrolować wynik leczniczy niż przez oznaczanie przemiany spoczynkowej, zwłaszcza przy naświetlaniu Roentgenem. Tą samą metodę można zastosować w hypotyreozach, naturalnie odwrotnie (zwolnione opadanie przyspiesza się po podaniu preparatu tarczycy).

Löwenstädt i Okasaki: *Doświadczenia nad wpływem eozyny w rozproszonem świetle dziennem na tworzenie się tkanki łącznej u gruźliczych świnek morskich.* Przy zastrzykiwaniu podskórnem 1% wodnego rozczynu eozyny zwierzętom zauważono w większości przypadków tworzenie się włókien łączno-tkankowych w ogniskach i dookoła ognisk, w przeciwieństwie do zwierząt kontrolnych, u których zjawisko to nie występowało. Dotyczy to ognisk w wątrobie, w płucach włókna łącznotkankowe pojawiały się rzadziej.

Falta: *Cukrzyca nerkowa i wysepkowa.*

Jacoby: *Wpływ środków odżywczych na zawartość barwików żółciowych we krwi.* Tłuszcze wpływała na zmniejszenie ilości bilirubiny we krwi u chorych wątrobowych. Woda nie wywiera żad-

nego wpływu. Węglowodany wywołują zwiększenie ilości bilirubiny. W większym stopniu wpływa w tym kierunku białko, a najbardziej żółtko jaja.

Böttner: *O zasadniczych kwestjach co do etjologji, profilaktyki i leczenia tak zwanego reumatyzmu.* Etjologja reumatyzmu ostrego i przewlekłego nie jest dotychczas jasną. Amerykańscy autorowie dopatrują się związku między przewodem pokarmowym a płynem stawowym. Glukozę podaną per os można było w krótkim czasie wykazać w płynie stawowym. W reumatyzmie poszukuje się specyficznego zarazka, jednak objawy stawowe mogą wystąpić w różnych chorobach zakaźnych, mogą być wywołane znanem lub nieznanem uczuleniem. Oprócz zarazka produkty rozpadu wywołane przez bakterje mogą odgrywać rolę w etjologji reumatyzmu. W nieznanej etjologji profilaktyka jest problematyczna. Zwracać należy uwagę na zęby, migdałki i wogóle ogniska z których może wychodzić zakażenie. W okresach ostrych leczenie powinno być b. staranne, by sprawa nie przeszła w stan przewlekły, dla restitutio ad integrum niedostateczne leczenie ma być gorsze niż brak leczenia. Reumatyzm przewlekły można uważać za zatrzymanie się choroby w fazie asymilacyjnej, wpływy klimatyczne i działanie toksyn wszelkiego rodzaju mogą ten stan pogorszyć. W leczeniu przedewszystkiem preparaty salicylowe podawane w pewnych odstępach przez 24 godzin, zwracać też należy uwagę na stan przewodu pokarmowego i codzienne wypróżnienia.

St. Dziuba (Kraków).

Radium - Sondernummer der Monatsschrift Ungarischer Mediziner.
4 Jahrgang. Heft 3 — 5. 1930.

Dr. Adalbert Wellisch, em. asystent szpitala św. Stefana w Budapeszcie: *Praktyczne zastosowanie lecznicze i znaczenie mikroenergetycznego promieniowania radowego przy schorzeniach narządu moczo - płciowego i jego procesach zapalnych.* Autor stwierdza, że każdy lekarz specjalista w schorzeniach narządu moczo-płciowego stara się przdewszystkiem o usunięcie bólu i podrażnienia nerwowego u chorego, aby przez to podtrzymać jego cierpliwość, która jest niezbędnym warunkiem w leczeniu.

Autor podkreśla nieznośne i bolesne dolegliwości, jakie występują przy schorzeniach narządu moczopłciowego, jak ostre zapalenia gruczołu krokowego, ostre zapalenia woreczków nasiennych, zapalenia jajników u kobiet i t. p., w których często nawet bardzo silne dawki środków uśmierzających bóle nie mogą sprowadzić ulgi choremu.

Z radością zatem wita medycyna zawsze każdy nowy odpowiedni środek leczniczy, a szczególnie, gdy nie należy on do grupy narkotyków.

Autor wspomina, że Gottlieb i Grin byli pierwszymi, którzy zastosowywali z dobrym wynikiem leczenie radem w urologji, w schorzeniach nerek, a Prof. Gudzent otrzymywał bardzo dobre wyniki przy stosowaniu słabych dawek radu, gdy chodziło o skłonność do tworzenia się kamieni nerkowych lub piasku nerkowego

Autor zaleca jako preparat radowy o słabem promieniowaniu obkłady radowe które posiadają tą własność, że nie wywierają żadnych ubocznych szkodliwych działań, i dają się w łatwy a prosty sposób używać w miejscach bolesnych. Dotychczasowe próby wykazały, że obkłady radowe działają w zupełności kojąco i uśmierzająco na ból, a nadto zapobiegają procesom zapalnym. Dalszą zaletę obkładów radowych stanowi ta okoliczność, że stosowanie ich może być powierzone choremu z powodu ich nieszkodliwości. Wobec tego przepisywanie tych obkładów w praktyce urologicznej jest z tego względu rzeczą nieocenioną, iż w przypadkach ostrego zapalenia gruczołu krokowego, abscesów, zapalenia przyjądrza lub sznura nasiennego na tle rzeżączki, gdy chodzi o całkowite zatrzymanie moczu, chory sam może sobie przynieść ulgę przed przybyciem lekarza. Autor podnosi dalej znaczenie wspomnianych obkładów w drugiem i trzeciem stadjum przerostu gruczołu krokowego, w którym występujące od czasu do czasu częściowe lub całkowite zatrzymanie moczu wywołuje u chorego coraz to nowe bóle, jako też w przypadkach *Isuria paradoxa*, w których chory jeśli nie umie sam posługiwać się cewnikiem, może doznać ulgi po użyciu obkładów radowych.

Przechodząc do bardzo zajmującej kazuistyki autor przytacza, że stosował kompresy radowe z St. Joachimsthal z bardzo dobrym wynikiem i że wskutek nich często środki uśmierzające ból i strzykawka Pravaza okazywały się zbytecznemi.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dn. 18 lutego 1930.
Obecnych członków Towarzystwa 57, gości 26.

1. Protokół posiedzenia z dn. 11 lutego r. b. zatwierdzono bez poprawek.

2. Kol. Sekretarz Stały wygłosił wspomnienie pośmiertne, poświęcone ś.p. W. Kosmowskiemu (streszczenie własne).

Kosmowski Wiktoryn urodził się w 1850 r.; studja lekarskie ukończył w Szkole Głównej w 1870 r., poczem z polecenia Komitetu Towarzystwa opieki nad rannymi udał się do Francji, by brać udział w wojnie francusko-pruskiej. Po powrocie do kraju, poza praktyką prywatną, bierze czynny udział w życiu społecznem i lekarskiem. Za swój czynny udział w pracach organizacyjnych Czerwonego Krzyża w Genewie otrzymuje odznaczenie, zajmuje się czynnie w kolonjach letnich dla dzieci, pracuje w Towarzystwie Higjenicznem, za co w latach ostatnich zostaje mianowany jego członkiem honorowym. W r. 1880 świeżo założona Kronika Lekarska powołuje Go na swego redaktora, Ś. p. Kosmowski tworzy pierwszą w Warszawie lecznicę dla chorych przychodzących.

Członkiem czynnym Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego ś.p. Kosmowski został w r. 1875. Od r. 1905 do r. 1907 pełnił obowiązki Sekretarza Stałego w zastępstwie chorego profesora Hoyera, ówczesnego Sekretarza Stałego. Pozatem w ciągu lat kilku ś. p. Kosmowski brał czynny udział w Zarządzie Towarzystwa i przyczynił się w znacznym stopniu do przebudowy domu tegoż Towarzystwa. Drukiem ogłosił ś. p. Kosmowski kilka prac, głównie z dziedziny pedjatrji i higjeny. Po długiej chorobie sterany pracą zmarł dn. 15. II. 1930 r.

Cześć Jego pamięci!

3. Kol. Prezes zawiadamia o mającym się odbyć nabożeństwie za poległych członków służby zdrowia.

4. Kol. J. Węgierko wygłosił odczyt p. t.: *„Leczenie dietetyczno-insulinowe cukrzycy"* (streszczenie własne).

Prelegent omawiał leczenie cukrzycy dietetyczno-insulinowe, uwzględniając własny podział przypadków cukrzycy. Podział ten ma na celu łatwiejsze zorjentowanie się, dotyczące wskazań w postępowaniu leczniczem w poszczególnych przypadkach. Prelegent dzieli chorych cukrzyczych na przypadki z wagą prawidłową wzgl. nadmierną oraz na chorych z niedoborem wagowym. Pierwszym stosuje małokaloryczne pożywienie z pewną ilością węglowodanów, drugim pożywienie pełnokaloryczne zbliżone do odżywiania fizjologicznego oraz insulinę.

Według prelegenta chorym cukrzycym potrzebne są węglowodany — jako główny składnik, którego im braknie (ogołocenie z zapasów glikogenu) i dlatego trzeba tym chorym stworzyć takie warunki, aby te węglowodany się przyswajały. Drogi do stworzenia tych warunków są: 1) pożywienie małokaloryczne; 2) podawanie insuliny; 3) dostarczanie pożywieniem pewnej ilości węglowodanów.

Dietę Petrena prelegent uważa za nieodpowiednią dla chorych na cukrzycę, albowiem zawiera zbyt mało węglowodanów i nie podnosi tolerancji węglowodanowej. Dieta owsiankowa Noordena jest skuteczna, jako dieta małokaloryczna i pożytek jej nie polega na swoistem działaniu owsianki, lecz na małokaloryczności.

Dieta Adlersberga i Porgesa również daje dobre wyniki lecznicze, ale nie jest to zasługą małej zawartości w niej tłuszczu, lecz małokaloryczności.

Wreszcie autor przytacza wyniki, osiągnięte leczeniem cukrzycy, opartem, w przypadkach z wagą dostateczną, na podawaniu skąpej ilości kaloryj i węglowodanów, a w przypadkach z niedoborem wagowym na podawaniu insuliny i bogato ciepłostkowego pożywienia z dużą ilością węglowodanów.

5. Kol. Prezes, spełniając uchwałę Posiedzenia, wyraża podziękowanie kol. L. Paszkiewiczowi.

6. Kol. L. Zembrzuski wygłosił odczyt p. t.: *„Nauczanie historji medycyny w Polsce. Szkic historyczny"*, (streszczenie własne).

W dawniejszych czasach, zwłaszcza w średniowieczu i następnie do XVII w. nauczanie medycyny miało wogóle charakter historyczny. Systematyczne i metodyczne wykłady z dziejów wiedzy lekarskiej jako z przedmiotu osobnego rozpoczęły się właściwie dopiero w pierwszym dziesiątku lat w. XIX, a Polska pod tym względem nie pozostała w tyle. Ze wszystkich szkół

lekarskich polskich utworzono katedrę historji medycyny najwcześniej na uniwersytecie krakowskim w r. 1810 i pierwszym jej profesorem był dziekan wydziału lek. Fr. Kostecki, następnie do r. 1833 wykładali ten przedmiot Baduszyński, Woźniakowski, Girtler i Sawiczewski. Wszyscy ci profesorowie obok historji medycyny wykładali, jak to było wówczas w powszechnym zwyczaju, i inne przedmioty, a najczęściej fizjologję i patologję lub medycynę sądową i policję lekarską. Dziejom medycyny poświęcano około 3 godzin tygodniowo, wykłady odbywały się po łacinie, a od r. 1814 słuchacze obowiązani byli zdawać egzamin z historji medycyny przy ubieganiu się o tytuł doktorski. Katedry obsadzano wówczas przez kandydatów, wybieranych przez rady uniwersyteckie lub Izbę Edukacyjną, po roku zaś 1833 na skutek reformy Uniwersytetu Krakowskiego czyniono to na podstawie konkursów. Z konkursu też otrzymał katedrę historji medycyny w r. 1834 jeden z wybitniejszych nauczycieli tego przedmiotu Fryderyk Hechell. Za czasów profesury Hechla słuchanie wykładów z historji i wiedzy lekarskiej było dla studentów-medyków obowiązkowem i wymagany był egzamin. Hechel, traktujący swój przedmiot z wielkiem zamiłowaniem stworzył szkołę, z której wyszedł jego następca Oettinger. Oettinger nie dorównał jednak swemu nauczycielowi, pomimo, iż był zamiłowanym badaczem przeszłości medycyny i niezłym profesorem. Zresztą ówczesne władze centralne autrjackie zlekceważyły historję medycyny i zaczęły ją traktować jako przedmiot dodatkowy, drugorzędny, co nie ułatwiało zadania Oettingerowi. Na Oettingerze urywa się w 80 latach zeszłego stulecia nauczanie historji medycyny w Krakowie aż do r. 1910. W Warszawie wykłady z dziejów wiedzy lekarskiej rozpoczęły się na Wydziale Akademicko-Lekarskim w r. 1813 (prof. Dziarkowski), następnie na Uniwersytecie Królewskim do r. 1825 (adjunkt chirurgji Nowicki), a po utworzeniu odrębnej katedry, objął ją do końca istnienia Uniwersytetu (t. j. do r. 1831) Wincenty Szczucki. Skrypta z wykładów tego ostatniego, napisane przez Le Bruna, znajdują się w Bibljotece Towarzystwa Lek. Warsz. Historji medycyny słuchali uczniowie V roku, a egzamin był obowiązkowy. Pod koniec Akademij Medyko-Chirurgicznej dzieje medycyny wykładał Łuczkiewicz, który objął też katedrę tego przedmiotu w Szkole Głównej; w ostatnim roku istnienia Szkoły zastąpił go Nawrocki, późniejszy profesor fizjologji. Na Uniwersytecie Warszawskim rosyjskim wykładów historji medycyny nie było. W Wilnie nauczanie dziejów medycyny rozpoczęło się najpóźniej, gdyż dopiero około r. 1826. Wykładali kolejno: Porcyanko, Woelek, Ahicht i najwybitniejszy ze wszystkich, ostatni profesor tego przedmiotu w Akademji Med. Chir. Wileńskiej — Adamowicz, człowiek głębokiej wiedzy przyrodniczej i humanistycznej, gorliwy badacz przeszłości medycyny, przyciągający na swe wykłady tłumy młodzieży. Z. dochodzi do wniosku, że najlepszymi profesorami historji medycyny byli ci, którzy prócz nauk lekarskich mieli możność studjowania filozofji.

Przy końcu XIX w. nie tylko w Polsce, lecz i na Zachodzie przestano wykładać historję medycyny na Uniwersytetach z powodu szerzących się w nauce prądów materjalistycznych i darwinizmu, skutkiem czego wiedza humanistyczna usunięta została na plan dalszy. Przejściowo z własnej inicjatywy wykładali pomiędzy r. 1908 i 1918 historję medycyny w Krakowie — Wrzosek, we Lwowie — Szumowski. Ubolewali nad tem najlepsi wychowawcy i nauczycielowie naszej młodzieży akademickiej profesorowie Jaworski i Chałubiński, upatrując braki w jej przygotowaniu do zawodu lekarskiego w zaniedbaniu wykładów krytycznych z historji medycyny. Marzenia obu tych wybitnych przedstawicieli nauki lekarskiej polskiej ziściły się w całej pełni dopiero w odrodzonej Polsce przez utworzenie katedr historji i filozofji medycyny na naszych Uniwersytetach.

W dyskusji kol. Sawicki przypomina Rosego, który wykładał historję medycyny w Szkole Głównej; brać medyczna słuchała go bardzo chętnie. Pozatem prelegent nie wspomniał o Łuczkiewiczu, który wykładał w Uniwersytecie Warszawskim; warunki nie pozwoliły wykładać temu ostatniemu historji medycyny w Polsce. Było to w r. 1881—1882.

Kol. Zembrzuski stwierdza, iż o wykładowcach przejściowych nie wspominał, a do takich należał Rose. W dziele Bartkiewicza o Szkole Głównej, na którym prelegent się opierał, Łuczkiewicz jest wymieniony jako wykładowca propedeutyki, nie zaś historji.

Na tem posiedzenie zamknięto o godz. 10.35.

Sekretarz doroczny: *Jan Roguski.*

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie z dnia 15 stycznia 1930 r.
Przewodniczący: Prof. Dr. Józef Latkowski.
Obecnych 220.

Uroczysta Akademja ku czci ś. p. Prof. A. Rosnera, (posiedzenie ogłoszone w P. G. L. Nr. 7. 1930 r.).

Posiedzenie sprawozdawcze z dnia 22 stycznia 1930 r.
Przewodniczący: Prof. Dr. Józef Latkowski.
Obecnych 20.

Prezes otwiera posiedzenie konstatując komplet.

Następuje sprawozdanie roczne sekretarza stałego prof. Gieszczykiewicza.

Sprawozdanie roczne skarbnika Dr. Ackermana.

W dyskusji zabiera głos Prof. Ciechanowski w sprawie drobnych funduszów stypendjalnych, które należałoby razem złączyć; funduszami temi wolno Towarzystwu dysponować zależnie od uznania. Prof. Ciechanowski uważa, że fundusze te należy przelać do funduszu imienia Cybulskiego.

Prof. Wachholz stawia wniosek, by z drobnych funduszów Towarzystwa sprawić portret Prof. Cybulskiego do sali Towarzystwa Lekarskiego.

Sprawozdanie roczne gospodarza Kol. Karasińskiego.

Sprawozdanie roczne bibljotekarza Kol. Spiry.

W dyskusji: Prof Wachholz proponuje, by zakomunikować na najbliższem posiedzeniu Tow. Lekarskiego że nazwiska kolegów niezwracających książek będą ogłaszane w P. G. L. Następnie stawia wniosek by nie wypożyczać czasopism do domu.

Prof. Latkowski popiera w swem przemówieniu wniosek Prof. Wachholza.

Prof. Ciechanowski wyraża zapatrywanie, że pewne czasopisma można wydawać lecz za kaucją natomiast nie należy wypożyczać dawniejszych czasopism, których antykwarjalnie nie można otrzymać. W dalszym ciągu przemawiali w tej sprawie Prof. Szumowski, Prof. Wachholz, Kol. Spira.

Prof. Wachholz proponuje, by czasopisma znosić w razie potrzeby z bibljoteki do sali Towarzystwa, gdzie możnaby je przeglądać i czytać.

Dr. Landau zauważa, że sprawozdanie bibljotekarza powinno być uzupełnione podaniem ilości członków, którzy korzystali z bibljoteki.

Kol. Spira w odpowiedzi.

Prof. Olbrycht stawia wniosek, by sprawę bibljoteki pozostawić zarządowi. Wniosek uchwalono.

Prof. Wachholz stawia wniosek o votum nieufności dla komisji kontrolującej, która nie zjawiła się na posiedzeniu sprawozdawczem.

Prof. Ciechanowski podnosi, że może wystarczy już ten głos krytyki, który dojdzie do członków komisji kontrolującej.

Prof. Wachholz stwierdza, że Kraków podupada pod względem naukowym. Już studenci medycyny krakowskiej są mniej pilni. Omawia dalej sprawę P. G. L. jakoteż udział Krakowa w pracach ogłaszanych w P. G. L.; udział ten jest b. mały. Porównuje stosunki nasze z innemi miastami uniwersyteckiemi. Przyczynę zła upatruje między innemi w tem, że w Krakowie jest za dużo specjalistycznych Kół Naukowych. Uważa, że należałoby zastanowić się nad tem by zaprosić Przewodniczących Tow. Ginek. Tow. Neurol. Tow. Int. i t. d. do współpracy z Tow. Lekarskiem, tak by Towarzystwa te zmniejszyły częstość swych posiedzeń, natomiast przedstawiały część swych odczytów i demonstracji w Tow. Lek. Należałoby również postarać się o to by młodzież chętniej garnęła się do pracy naukowej.

Prof. Ciechanowski tłumaczy, że może nie jest tak źle z produkcją naukową w Krakowie, podaje na to przykłady. Popiera końcowy wniosek Prof. Wachholza, mówiący o porozumieniu się z innemi Kołami Naukowemi. Bierze w obronę Polską Gazetę Lekarską.

Dr. Surzycki zapytuje w sprawie obsadzenia mieszkania gospodarza.

Prezes Prof. Latkowski w odpowiedzi oświadcza, że Kol. Karasiński został wybrany przez Walne Zebranie gospodarzem, co ipso zajął mieszkanie gospodarza. Dr. Surzycki uważa, że mieszkanie to byłoby dla Klubu dobre, gospodarz zaś nie musi mieszkać w Tow. Lekarskiem.

Odczytuje następnie list dawnego gospodarza Prof. Seńkowskiego. Prof. S. w liście swym z Wilna, oświadcza, że czuje

się dotkniętym przez wystosowanie do niego pisma przez komitet K. T. L. w sprawie opuszczenia przez niego mieszkania w razie wyjazdu z Krakowa. Radzi następnie w owym liście Prof. S., by przy następnej obsadzie gospodarza Tow. nie oddawać nowemu gospodarzowi mieszkania w Tow. Lek. gdyż według niego, gospodarz nie musi mieszkać w lokalu Towarzystwa.

Prof. Wachholz w odpowiedzi na list zarzuca Prof. Seńkowskiemu, że nie postępuje lojalnie, skoro sam mieszkał w Tow. przez 25 lat a teraz odmawia mieszkania służbowego obecnemu gospodarzowi. Podnosi, że Prof. S. wyjeżdżając z Krakowa sprzedał swoją pracownię nie-lekarzowi. Stawia wniosek, by mieszkanie w Tow. zostawić nowemu gospodarzowi, bo jest rzeczą niezbędną ze względu na dobro Tow. by gospodarz mieszkał w jego lokalu.

Prezes Prof. Latkowski odpowiadając na list Prof. Seńkowskiego, przedstawia dokładnie sprawę pisma Komitetu K. T. L. do Prof. S. i wypowiada zdanie, że pismem tym Prof. nie mógł się czuć dotknięty, gdyż Komitet stał na punkcie prawnym i pragnął jedynie zabezpieczyć, by mieszkanie gospodarza w Tow. nie dostało się w niepowołane ręce. Następnie omawia Prof. Latkowski, sprawę mieszkania obecnego gospodarza, i uważa, że dla dobra i rozwoju Tow. gospodarz Tow. powinien mieszkać w lokalu Tow. inaczej budynek będzie niszczeć — niepilnowany.

Prezes przemawia następnie w sprawie ruchu naukowego Tow. Lek. w roku ubiegłym, podnosząc, że ruch naukowy był dość żywy i że przemawiali w Tow. lekarze zagraniczni.

Oświadczenie Prezesa Tow. Lek. w sprawie mieszkania przyjęto do wiadomości.

Prof. Wachholz w sprawie upadku P. G. L. proponuje, by zwrócić się do lekarzy mieszkających poza Krakowem z propozycją zasilania posiedzeń Tow. Lek. swemi odczytami. Sądzi, że należy posiedzenia Tow. Lek. ogłaszać wcześniej w gazetach.

Dr. Frommer podnosi, że na posiedzeniach Towarzystwa szczególnie uwidacznia się brak profesorów Wydziału Lekarskiego i stawia wniosek by prezydjum zwróciło się do profesorów z prośbą o większy niż dotychczas udział w posiedzeniach Tow.

Prof. Wachholz popiera wniosek Kol. Frommera.

Prof. Szumowski przemawia w sprawie wcześniejszego rozpoczynania posiedzeń Tow. Lek. następnie w sprawie ograniczenia długości trwania demonstracji na 10 minut.

Prof. Wachholz proponuje, by posiedzenia rozpoczynać punktualnie o godz. 8 wieczorem. Mówi w sprawie nieodczytywania referatów na posiedzeniach, a wygłaszania tychże z pamięci.

Prezes Prof. Latkowski przedkłada wniosek, by posiedzenia rozpoczynać o godz. 7-mej ewentualnie o $7^1/_2$ wieczorem. Przyjęto wniosek prezesa o rozpoczynaniu posiedzeń Towarzystwa o godzinie $7^1/_2$ wieczorem.

Następnie przyjęto sprawozdanie Zarządu (za rok 1929) na wniosek Prof. Wachholza.

Prezes Prof. Latkowski komunikuje, że na posiedzeniu dzisiejszem miano omawiać sprawę zmiany statutu lecz wobec późnej pory radzi odroczenie drugiej części posiedzenia sprawozdawczego na później; wtedy będzie można dokładnie omówić sprawę, zmiany statutu Towarzystwa.

Uchwalono odroczenie drugiej części posiedzenia sprawozdawczego na później.

Prof. Wachholz przemawia w sprawie niecżłonków lekarzy, t. z. gości, którzy stale przychodzą na posiedzenia Towarzystwa niezapisując się w poczet jego członków. Proponuje by ogłosić że na posiedzenia Towarzystwa mogą przychodzić jedynie członkowie Towarzystwa.

Prof. Szumowski radzi, by Prezes Towarzystwa witał gości za każdym razem wymieniając ich nazwiska.

W tej sprawie przemawiali następnie Prezes Prof. Latkowski i Prof. Kostrzewski.

Prof. Wachholz stawia wniosek, by zwrócić się do Zakładu Anat. Patol. o wzięcie żywego udziału w posiedzeniach Towarzystwa i częstsze demonstracje preparatów.

Wniosek uchwalono.

Posiedzenie z dnia 29. stycznia 1930 r.

Przewodniczący: Prof. Dr. Józef Latkowski.

Obecnych 50.

Prezes podaje do wiadomości członków uchwały Walnego Zebrania dotyczącego zmiany statutu, sprawy gości Tow. Lek., oraz godziny rozpoczynania posiedzeń Towarzystwa; następnie wspomina o uchwale Wydziału U. J., że jeśli posiedzenia Tow. Lek. odbywać się będą o godzinie 6 wieczorem to profesorowie Wydziału Lek. będą na nie przychodzić.

Prezes przemawia za 6-stą godziną posiedzeń Towarzystwa.

W dyskusji: Prof. Szumowski uważa, że godzina 6-sta rozpoczynania posiedzeń jest za wczesna.

Dr. Bannet proponuje punktualne rozpoczynanie posiedzeń. Prezes odpowiada.

Dr. Ackerman w sprawie wkładek członkowskich.

Prezes oznajmia, że od przyszłej środy posiedzenia odbywać się będą o 6-stej wieczorem.

Przyjęto nowego członka Kol. Malinowskiego Alojzego.

Demonstracje:

Kol. Chrzanowski Ignacy demonstruje z oddziału ocznego Szpitala O. O. Bonifratrów *przypadek wągrów podsiatkówkowych na obu oczach* (t. j. jeden na prawem, a dwa na lewem oku).

Chora Z. C., lat 19, introligatorka z Częstochowy, zachorowała w marcu 1929 r. na jakąś chorobę gorączkową z bólami stawów i mięśni, leczona maściami i proszkami; po trzech tygodniach czuła się zdrową. W dwa tygodnie później doznała zamglenia wzroku na obu oczach, które po paru tygodniach ustąpiło i względnie dobry stan wzroku utrzymał się do listopada 1929 r.

W listopadzie u. r. wzrok nagle znacznie podupadł i nadal gwałtownie się pogarsza. Leczona w Częstochowie na odczepienie siatkówki na obu oczach, otrzymywała injekcje podspojówkowe, krople i t. d.

Obecnie przysłano ją do Krakowa z powodu braku poprawy mimo leczenia. Badanie w oddziale ocznym Szpitala O.O. Bonifratrów wykazało o. p. wprost plc. 30 cm o. l. wprost plc 30 cm z boku około 1 mtr — obustronnie. Oczy zewnętrznie prawidłowe.

Wziernikowo: oko prawe: w dolnowewnętrznym kwadrancie, duży pęcherz siatkówkowy, na szczycie którego przy zwrocie gałki ocznej ku dołowi i nosowi widać leżącego pasorzyta (*scolex*) wykazującego wybitne własne ruchy i widać jego łebek (*rostellum*) przysawki i szyjkę w kształcie tasiemki, bez soczewki, tylko przy pomocy lusterka, jeszcze łatwiej można dostrzec pasorzyta w głębi oka, patrząc z góry i nieco ukośnie w głąb oka zwróconego ku dołowi.

Dno oka lewego: pęcherz siatkówkowy rozległy w górnowewnętrznym kwadrancie, w nim widoczne nieznaczne ruchy, — a tuż obok tarczy nerwu wzrokowego, mały pęcherzyk w środku którego widać niebieskawe zabarwienie. Zmiany degeneracyjne siatkówki w sąsiedztwie pęcherzy.

Ze względu na rzadkość przypadku wągra podsiatkówkowego, a szczególnie na obu oczach, oraz na wyjątkowo dobre warunki oglądania pasorzyta na oku prawem przypadek ten zasługuje na jego przedstawienie.

Leczenie tylko operacyjne, ma w tym szczególnie ciężkim przypadku bardzo małe szanse na oku prawem, tem mniejsze na oku lewem, gdzie usadowienie pasorzytów jest przy samej tarczy nerwu wzrokowego, a zmiany w obu oczach dotyczą rozległej partji siatkówki, łącznie z plamką żółtą.

Demonstracje z II-giej Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J.

Kol. Dziuba przedstawia: 1) *przypadek adenoma malignum thyreoidae cum metastasibus.*

2) Przypadek *adenocarcinoma thyreiodae cum metastasibus.*

W dyskusji Dr. Bannet podnosi rzadkość przypadku demonstrowanego przez kol. Chrzanowskiego.

Prof. Latkowski nawiązując do przypadku Kol. Chrzanowskiego wspomina o przypadku trichinozy obserwowanym obecnie w Klinice Medycznej i podnosi, że przy każdej rzeźni powinna być stacja badania mięsa mikroskopowego.

W dalszym ciągu dyskusji przemawiali w sprawie przypadku *adenoma malignum thyreiodae* kol. Ściesiński i kol. Szczeklik.

Kol. Dziuba w odpowiedzi.

Kol. Reiner przedstawia przypadek *anaemia aplastica cum haemoglobinuria.*

Dr. Markowa przedstawia: 1) *przypadek pęknięcia macicy z pozostaniem płodu w jamie brzusznej.*

2) *Przypadek ciąży w macicy dwurożnej (uterus pseudodidelphys).*

W dyskusji zabrali głos: Dr. Frommer, Dr. Wojciechowski, Dr. Markowa w odpowiedzi.

SPRAWY ZAWODOWE.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.
Nr. Z. O. 1634/30

Warszawa, dnia 22 maja 1930 roku.

W sprawie rozporządzenia o obowiązku odbywania jednorocznej praktyki szpitalnej przez lekarzy.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

W ślad za zarządzeniem z dnia 16 września 1929 r. Nr. Z. O. 3428/29 oraz w związku z rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 15 lutego 1930 r. (Dz. U. Nr. 13, poz. 96) którem przesunięto termin obowiązywania uprzedniego rozporządzenia o obowiązku odbywania jednorocznej praktyki szpitalnej przez lekarzy na dzień 1 lipca 1930 r., Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zarządza co następuje:

Wszystkie osoby, które do dnia 1 lipca 1930 r. nie nabyły uprawnień do wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem w ramach ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. (Dz. Ust. Nr. 105, poz. 762), po upływie tego terminu dla uzyskania pisemnego zaświadczenia na prawo wykonywania zawodu poza przedłożeniem dyplomu lekarskiego i poświadczenia obywatelstwa polskiego wykazać się będą musiały zaświadczeniem z odbycia jednorocznej praktyki szpitalnej.

Obowiązek ten, zastrzeżony ustawowo, a podyktowany względami na bezpieczeństwo i zdrowie publiczne, dotknie niewątpliwie materjalnie młodych lekarzy, którzy niejednokrotnie może już dużo ofiar ponieśli dla uzyskania dyplomu lekarskiego. Celem tedy udzielenia pomocy tym ostatnim i gdy jednocześnie szpitale, które zatrudniać będą praktykantów, niewątpliwie z tego korzyść osiągną, dążyć należy, aby praktykanci-lekarze otrzymać mogli pewien ekwiwalent za pracę, wykonywaną dla szpitali w czasie swej praktyki. W tym celu zechcą Panowie Wojewodowie i Pan Komisarz Rządu poczynić starania, aby szpitale przy układaniu preliminarzy budżetowych przewidziały pewne kwoty na wynagrodzenie praktykantów-lekarzy względnie zabezpieczyły im przynajmniej mieszkanie i utrzymanie.

W zarządzeniu okólnem z dnia 16 września 1929 r. Nr. Z. O. 3428/29 Ministerstwo Spraw Wewnętrznych upoważniło Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu do podciągnięcia pod pojęcie szpitala o 200 łóżkach w rozumieniu rozporządzenia o praktyce szpitalnej i szpitali mniejszych, o ile w jednej i tej samej miejscowości jest więcej szpitali o łącznej liczbie 200 łóżek. Pod pojęcie to podpaść mogą i pojedyńcze mniejsze szpitale, które przez wzgląd na posiadanie oddziałów szpitalnych, wymaganych przez rozporządzenie z dnia 27 lipca 1929 roku (Dz. U. Nr. 62, poz. 484), frekwencję chorych i kierownictwo dawać mogą zupełną gwarancję należytego przeszkolenia praktykantów.

Ze względu na to, że uznanie ostateczne tych szpitali mniejszych Ministerstwo Spraw Wewnętrznych uzależniło od następnej swej aprobaty, oraz ze względu na bliski już termin (1 lipca 1930 roku) wejścia w moc obowiązującą rozporządzenia o praktyce szpitalnej, zechcą Panowie Wojewodowie i Pan Komisarz Rządu przedłożyć najpóźniej do dnia 1 czerwca r. b. wykazy tych mniejszych szpitali do zatwierdzenia Ministerstwu Spraw Wewnętrznych.

Wykazy wszystkich szpitali na obszarze poszczególnych województw, w których dozwolone będzie odbywanie praktyki przez lekarzy, ogłosić należy w Dzienniku Wojewódzkim oraz podać do wiadomości Wydziałom Lekarskim wszystkich Uniwersytetów Polskich dla zaznajomienia z niemi kandydatów.

O ile w późniejszej praktyce zauważyćby się dało, że liczba szpitali, przeznaczonych do odbywania praktyki, jest zbyt mała w stosunku do liczby praktykantów, należy zgłaszać odpowiednie wnioski do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, które w świetle całokształtu zagadnienia wyda odpowiednie zarządzenia.

Dla orjentacji załącza się wykaz szpitali o 200 łóżkach na obszarze całego Państwa Polskiego.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia: *Dr. Piestrzyński.*

Załącznik
MB

a) Spis zakładów leczniczych (szpitali), liczących 200 łóżek i więcej.

I. M. st. W a r s z a w a: 1) Szpital Dzieciątka Jezus (z kliniką) miejski 966 łóżek. 2) Szpital św. Ducha (z kliniką) — miejski 338 łóżek. 3) Szpital Przemienienia Pańskiego na Pradze — miejski 423 łóżek. — 4) Szpital św. Stanisława zakaźny — miejski 600 łóżek. 5) Szpital Starozakonnych ogólny — miejski 1,094 łóżek. 6) Szpital św. Łazarza weneryczny — miejski 750 łóżek. 7) Szpital św. Jana Bożego psychjatryczny — miejski 370 łóżek. 8) Lecznica jaglicza P. K. P. D. — społeczna 250 łóżek.

II. W o j e w ó d z t w o W a r s z a w s k i e: 9) Państwowy Zakład Psychjatryczny w Tworkach 662 łóżek. 10) Społeczny Zakład Psychjatryczny w Drewnicy 310 łóżek.

III. W o j e w ó d z t w o Ł ó d z k i e: 11) Łódź — szpital ogólny na Radogoszczu — miejski 310 łóżek. 12) Łódź — szpital Anny Marji dziecięcy — społeczny 242 łóżek. 13) Kalisz — szpital ogólny św. Trójcy miejski 336 łóżek. 14) Kochanówka — zakład psychjatryczny — społeczny 500 łóżek. 15) Warta — zakład psychjatryczny — społeczny 275 łóżek.

IV. W o j e w ó d z t k o K i e l e c k i e: szpitali o 200 łóżkach lub wyżej nie posiada.

V. W o j e w ó d z t w o L u b e l s k i e: 16) Lublin — szpital św. Jana Bożego — ogólny miejski 240 łóżek. 17) Lublin — szpital Dzieciątka Jezus dziecięcy — prywatny 200 łożek. 18) Lublin — szpital św. Wincentego a Paulo ogólny — fundacyjny 324 łóżek.

VI. W o j e w ó d z t w o B i a ł o s t o c k i e: szpitali o 200 łóżkach lub wyżej nie posiada.

VII. W o j e w ó d z t w o W i l e ń s k i e: 19) Wilno — „Wileża Łapa" — szpital ogólny państwowy — kolejowy 240 łóżek. 20) Wilno — szpital św. Jakóba ogólny — miejski 285 łóżek.

VIII. W o j e w ó d z t w o N o w o g r ó d z k i e: szpitali o 200 łóżkach lub wyżej nie posiada.

IX. W o j e w ó d z t w o P o l e s k i e: szpitali o 200 łóżkach lub wyżej nie posiada.

X. W o j e w ó d z t w o W o ł y ń s k i e: szpitali o 200 łóżkach lub więcej nie posiada.

XI. W o j e w ó d z t w o P o z n a ń s k i e: 21) Gniezno — Dziekanka — zakład psychjatryczny krajowy 1.000 łóżek. — 22) Kościan — zakład psychjatryczny krajowy 500 łóżek. 23) Kowanówko pow. Oborniki — sanatorjum gruźlicze społeczne 245 łóżek. 24) Poznań — szpital ogólny miejski 623 łóżek. 25) Poznań — szpital Djakonisek społeczny 296 łóżek. 26) Poznań — szpital Przemienienia Pańskiego państwowy 260 łóżek. 27) Owińska pow. Poznań, zakład psychjatryczny krajowy 1.000 łóżek.

XII. W o j e w ó d z t w o P o m o r s k i e: 28) Kocborowo pow. Starogard — zakład psychjatryczny krajowy 1,662 łóżek. 29) Świecie — zakład psychjatryczny krajowy 940 łóżek. 30) Toruń — szpital ogólny miejski psychjatryczny krajowy 212 łóżek.

XIII. W o j e w ó d z t w o Ś l ą s k i e: 31) Katowice — szpital ogólny miejski 254 łóżek. 32) Bielszowice — szpital ogólny miejski „Lecznica Bracka" społeczny 275 łóżek. 33) Mysłowice — szpital ogólny miejski „Lecznica Bracka" społeczny 329 łóżek. 34) Siemianowice — szpital ogólny 240 łóżek. 35) Lubliniec — zakład psychjatryczny krajowy 1,165 łóżek. 36) Bielsko — szpital ogólny miejski 242 łóżek. 37) Bystra sanatorjum gruźlicze społeczne 267 łóżek. 38) Rybnik — szpital ogólny „Lecznica Bracka" społeczna 230 łóżek. 39) Rybnik — szpital ogólny św. Juljusza społeczny 220 łóżek. 40) Rybnik — Zakład psychjatryczny krajowy 919 łóżek. 41) Rydułtowy — szpital ogólny „Lecznica Bracka" społeczny 325 łóżek. 42) Wodzisław — sanatorjum gruźlicze społeczne 200 łóżek. 43) Knurów — szpital ogólny „Lecznica Bracka" społeczna 220 łóżek. 44) Tarnowskie Góry — Szpital ogólny „Lecznica Bracka" społeczny 220 łóżek. 45) Jastrzębie-Zdrój — Zakład Zdrojowy św. Marji prywatny 380 łóżek. 46) Cieszyn — szpital ogólny miejski 222 łóżek. 47) Nowe Hajduki — szpital ogólny „Lecznica Bracka" społeczny 596 łóżek. 48 Ruda — szpital ogólny „Lecznica Bracka" społeczny 300 łóżek. 49) Królewska Huta — szpital ogólny miejski 219 łóżek.

XIV. W o j e w ó d z t w o K r a k o w s k i e: 50) Kraków — szpital publiczny zakaźny 240 łóżek. 51) Kraków — szpital państwowy ogólny 1.147 łóżek. 52) Kobierzyn — j. w. zakład psychjatryczny 560 łóżek.

XV. W o j e w ó d z t w o L w o w s k i e: 53) Lwów — szpital ogólny państwowy 1.046 łóżek. 54) Lwów-Kulparków — zakład psychjatryczny państwowy 1.111 łóżek. 55) Przemyśl — publiczny szpital powszechny ogólny 200 łóżek.

XVI. W o j e w ó d z t w o S t a n i s ł a w o w s k i e: szpitali o 200 łóżkach i wyżej nie posiada.

XVII. W o j e w ó d z t w o T a r n o p o l s k i e: szpitali o 200 łóżkach i więcej nie posiada.

b) Spis zakładów leczniczych (szpitali) w poszczególnych miastach, w których liczba łóżek w 2 lub więcej szpitalach osiąga lub przekracza 200 łóżek.

Województwo Łódzkie: 1) Piotrków (szpital miejski 140 + żydowski 60 = 200 łóżek). 2) 3) 4) 5) Łódź — (podane są i p. 11 i 12 — zakłady 2; atoli w 9 innych, miejskich lub społecznych o liczbie łóżek 52 do 175 wynosi łączna liczba łóżek 832).

Województwo Kieleckie: 6) 7) Częstochowa (5 szpitali: 80 + 101 + 98 + 60 + 100 = 439 łóżek. 8) 9) Rejon Będzina z przedmieściami (11 zakładów = 552 łóżek). 10) Kielce (w 3 szpitalach: 140 + 30 + 65 = 235 łóżek). 11) Sosnowiec (w 5 zakładach: 65 + 50 + 105 + 80 + 40 = 340 łóżek).

Województwo Białostockie: 12) 13) Białystok — (w 6 zakładach: 60 + 100 + 60 + 140 + 120 + 30 = 510 łóżek). 14) Grodno (50 + 147 + 60 = w 3 szpitalach 257 łóżek). 15) Łomża (w 4 szpitalach: 80 + 45 + 30 + 70 = 225 łóżek).

Województwo Wileńskie: 16) 17) 18) W Wilnie pod p. 19 i 20 podano 2 zakłady, atoli w siedmiu innych miejskich i społecznych mieści się dalsze 725 łóżek.

Województwo Poleskie: 19) Brześć n/B. szpital miejski 76 + żyd. 72 + państw. 150 = 297 łóżek. 20) Pińsk (sejm. szpit. 140 i 2 żydowskie 44 + 45) = 229 łóżek.

Województwo Warszawskie: 21) Płock (szpital ogólny 124 łóżek, zakaźny 60 i weneryczny 40 = 224 łóżek).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Ze Związku Uzdrowisk Polskich otrzymaliśmy następujące pismo: W związku z pewnemi uwagami co do wartości leczniczej solanek stężonych, w które obfituje Inowrocław wydaje nam się wskazanem podać opinję Docenta Uniwersytetu Jana Kazimierza ze Lwowa Dra A. Sabatowskiego. Opinja ta brzmi jak następuje:

Stężone solanki są oddawna w użyciu leczniczem, przyczem rozcieńcza się je do celów kąpielowych, wziewalnianych i do picia. Biorąc pod uwagę już tylko środkową Europę, widzimy solankę 31% w Rheinfelden w Szwajcarji, obecnie bardzo popularną wśród Anglików, dalej solankę 26% w Hall (Tyrol) i Jschl oraz 23% w Reichenhall, gdzie się ją rozcieńcza do 5 i 4% do kąpieli, na 1% do picia i wziewania. W Issingen używa się do celów kąpielowych 10 do 14% solanki odpowiednio rozcieńczanej i gazowanej (Soolsprudel i Schönbornsprudel). Prawie we wszystkich tych miejscowościach są warzelnie soli, co jest oczywiste przy tak znacznem stężeniu solanki. Są to wszystko solanki o zupełnie podobnym składzie do inowrocławskiej, a więc przy ogromnych ilościach chlorku sodu czyli soli kuchennej zawierają małe ilości soli potasowych, wapniowych i magnezowych i jeszcze mniejsze ilości soli jodowych i bromowych. Solankę inowrocławską należy postawić obok tej z Rheinfelden tak co do stężenia jak i co do składu.

W Polsce są również stężone solanki używane w zdrojowiskach. Umyślnie jednak wstrzymuję się od ich porównywania między sobą wychodząc z założenia, że zakaz takich porównywań zdrojowych krajowych między sobą, zawarty n. p. w ustawie zdrojowiskowej rumuńskiej jest życiowo bardzo na miejscu jako wykluczający niepożądaną a czasem gorszącą polemikę między zdrojowiskami. Okoliczność, że głównym składnikiem wody mineralnej jest sól kuchenna czyli chlorek sodu nie ujmuje więc — jak widzimy — znaczenia i wartości tych wód w umiejętnem stosowaniu leczniczem.

Wskazania, jakie wieloletnia empirja tym wodom wyznaczyła są: gościec stawowy i mięśniowy, gościec dnawy (gicht), sprawy pozapalne narządów jamy brzusznej, okostnej i nerwów obwodowych, otyłość, a w leczeniu wziewalnianem cały szereg schorzeń górnych dróg oddechowych. W praktyce dziecięcej obok schorzeń reumatycznych leczone są zołzy.

Jak na te sprawy zapatrują się kierownicy n. p. lecznictwa kasowego w Niemczech niech poświadczy fakt że zdrojowisko Sülze w Meklenburgji posiadające stężone solanki i borowinę zostało w r. 1927 nabyte przez meklenburski związek kas chorych dla własnego użytku. W listopadzie 1929 otwarto tam instytut naukowo leczniczy przeciwreumatyczny. W mowie inauguracyjnej taki znawca spraw reumatycznych jak Prof. Curschmann z Rostock, który jest naukowym opiekunem tego zdrojowiska, podniósł dotychczasowe piękne wyniki lecznicze tam osiągnięte. Na 981 chorych dorosłych i 704 dzieci w 90% osiągnięto wyleczenie lub znaczną poprawę stanu, przywracającą zdolność do pracy. — Że takie same wyniki można osiągnąć umiejętnem stosowaniem solanki i borowiny inowrocławskiej o tem nie mamy prawa wątpić.

Krajowe przetwory lecznicze. Ukazała się w druku obszerna broszura p. t. „Preparaty, wyd. V“, zawierająca dwa działy, z których pierwszy — stanowi wykaz wszystkich specyfików i przetworów leczniczych produkowanych przez Zakłady Chemiczne Ludwik Spiess i Syn, z oznaczeniem składu chemicznego, dawkowania, wskazań leczniczych i stosowania omawianych leków, drugi dział obejmuje — Przewodnik terapeutyczny. Broszura ta niezawodnie ułatwi p.p. lekarzom stosowanie krajowych leków zastępujących wytwory zagraniczne co przyczyni się niezawodnie do podniesienia przemysłu farmaceutycznego w kraju, jak również wpłynie na podniesienie się naszego bilansu handlowego.

Wybory w Uniwer. Warsz. W dn. 5. maja odbyły się w Uniwersytecie Warszawskim wybory rektora i Dziekanów na r. 1930/31. Na rektora wybrano prof. pedjatrji Dra med. Mieczysława Michałowicza, na dziekana Wydziału Lekarskiego — prof. chirurgji Dra med. Antoniego Leśniowskiego.

Gruźlica wśród młodzieży akademickiej. W roku ubiegłym przeprowadzono badania wśród młodzieży, mieszkającej w domach akademickich i stwierdzono, że około 20 procent jest dotkniętych gruźlicą, a w tem 6 procent — otwartą. Wskutek tego Komisja Zdrowia Centrali Akademickich Bratnich Pomocy zwróciła się do magistratu z prośbą o danie bezpłatnie dwóch miejsc dla studentów w Otwockiem Sanatorjum Miejskiem. Nie odmawiając tej prośbie w zasadzie, magistrat dał decyzję, że może to czynić tylko w poszczególnych przypadkach. Sprawa gruźlicy wśród uczącej się młodzieży staje się coraz bardziej aktualną wobec znacznej liczby zachorowań, na co się składają ciężkie warunki życiowe tej młodzieży. W roku przeszłym Uniwersytet Lwowski postanowił zwrócić się do Ministerstwa W. R. i O. P. z prośbą by studentów z otwartą gruźlicą płucną usuwać czasowo aż do wyzdrowienia. Warszawski Wydział Lekarski postanowił wydać przed rozpoczęciem roku szkolnego odezwę, zwracającą uwagę, zarówno młodzieży, jak i jej rodziców na to, że zawód lekarski wymaga zarówno podczas studjów, jak i później dobrego zdrowia, że zatem osobniki wątłe, zagrożone gruźlicą, lepiej zrobią obierając sobie inny zawód.

Kraków.

Uzupełniające Kursa Lekarskie. Dla uniknięcia kolizji ze zjazdem lekarzy słowiańskich mającym się odbyć w Splicie między 4 a 8 października b. r. termin kursu dla lekarzy, urządzanego przez Wydział Lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, musi być przełożony na czas między 9-ym a 19-ym grudnia. Otwarcie kursu odbędzie się w II Klinice Wewnętrznej U. J. ul. Kopernika 15, dnia 9 grudnia o godz. 8-ej. Bliższych wiadomości w sprawie kursów udziela Dr. Edward Mróz, asystent Kliniki Pedjatrycznej U. J. Kraków, ul. Strzelecka 2.

Krakowska Kasa chorych wysyła dzieci na kolonje. W bieżącym sezonie przyznała Kasa wyjazd na kolonje 412 dzieciom, z tego na kolonje lecznicze w Rabce 198 na kolonje wypoczynkowe 214; ogólny koszt wysyłki na kolonje letnie wyniesie około 54.000 złotych. Ponadto przyznano subwencje dla półkolonji Tow. walki z gruźlicą, Tow. ochrony zdrowia, Zakładu wychowawczego sierót, oraz Tow. opieki nad sierotami żydowskiemi. Preliminowana w budżecie tegorocznym kwota na kolonje została już wyczerpaną.

Samolot sanitarny przywozi ciężko chorego do Krakowa. Z zarządzenia lekarza, Dra Maja, przywiózł samolot sanitarny, drugiego pułku lotniczego ciężko chorego na zapalenie ślepej kiszki i otrzewnej Franciszka Wiącka z miejscowości Morsko, pow. Pińczów, odległej o 60 km od Krakowa, Samolot sanitarny wystartował o godz. 3 rano, pilotowany przez por. pilota Eugenjusza Kowalczyka, a o godz. 5,30 rano chory był już na miejscu w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Wycieczka studentów medycyny, zorganizowana przez profesora L. Korczyńskiego w celach dydaktycznych, odwiedziła w tym roku w czasie od 25 — 30. VI. Krościenko, Szczawnicę, Żegiestów i Krynicę. Podobne wycieczki odbywać się będą każdego roku.

W ostatnich tygodniach pojawiły się w okolicach Krakowa w wielkiej ilości żmije, które w kilku wypadkach pokąsały ludzi, powodując nawet śmierć jednego z pokąsanych. Krakowskie pogotowie ratunkowe, chcąc przeciwdziałać strasznym skutkom jadu żmiji, sprowadziło z Francji specjalną surowicę. W razie więc ukąszenia przez żmiję, należy natychmiast udać się na pogotowie ratunkowe, gdzie lekarze będą stosować zastrzyknięcie surowicy. Jedynie stacja pogotowia krakowskiego posiada na całą Małopolskę tego rodzaju surowicę.

Z Towarzystwa opieki nad psychicznie chorymi. Wydział Towarzystwa po wysłuchaniu referatu dyr. Dra Stryjeńskiego o stanie budowy nowego pawilonu w zakładzie psychjatrycznym w Kobierzynie postanowił wysłać ponownie delegację do ministerstwa skarbu i ministerstwa spraw wewnętrznych z przedstawieniem konieczności wyasygnowania dalszych funduszów. Wykończenie stojącej już pod dachem budowli, rozszerzy możność pomieszczenia chorych o sto łóżek, wypełniając tem dotkliwą lukę naszego szpitalnictwa i pozwoli rozszerzyć na dużą skalę leczenie zajęciowe w specjalnie na ten cel budowanych warsztatach pracy dla chorych.

Ciechocinek.

Nowe źródło w Ciechocinku. Świeżo Ciechocinek otrzymał nowe źródło ciepłej 6 i pół procent. solanki, która na powierzchni posiada temperaturę 29° C. Solankę tę otrzymano w źródle nr. 14 na głębokości 1.300 m. Solanką zasilono wszystkie łazienki, wzmacniając znacznie wartość leczniczą kąpieli ciechocińskich.

Stowarzyszenie Lekarzy Zdrojowych w Ciechocinku w ścisłem porozumieniu z Zarządem Zdrojowiska, Komisją Zdrojową oraz Gminą po uzyskaniu aprobaty Departamentu Służby Zdrowia M. S. W. organizuje wzorem lat poprzednich III trzydniowy lekarski kurs dokształcający w dniach 31. VIII. i 1, 2. IX. r. b.

Do wygłoszenia odczytów zaproszeni zostali:

Dr. med. R. Bernhardt (Warszawa), prof. St Borowiecki (Poznań), Minister Dr. W. Chodźko (Warszawa), Doc. Dr. A. Elektorowicz (Warszawa), Doc. Dr. W. Czarnocki (Warszawa), prof. W. Jasiński (Wilno), prof. K. Jonscher (Poznań), Dr. med. M. Latkowski (Warszawa), Dr. med. Wł. Osmólski (Warszawa), Doc. Dr. Z. Monsiorski (Warszawa), Prof. Z. Radliński (Warszawa), Prof. Dr. M. Semerau-Siemianowski (Warszawa), Dr. med. C. Wroczyński (Warszawa).

Wszyscy prelegenci wyrazili swą zgodę na współudział w Kursie w charakterze prelegentów.

Uczestnicy Kursu mają zapewnione mieszkanie (bezpłatne) w zdrojowisku oraz zwykłe t. zw. kuracyjne ulgi kolejowe.

Komitet projektuje szereg rozrywek i wycieczk podczas trwania Kursu.

Dokładny program będzie rozesłany we właściwym czasie wszystkim lekarzom zamieszkującym Rzeczpospolitą.

Organizacja Kursu spoczywa w rękach — prof. E. Lotha (przewodniczącego), Doc. Dra L. Lorentowicza, Dra P. Rudzkiego (zastępców przewodniczącego) i Dra C. Hoppego, sekretarza Komitetu.

Stowarzyszenie lekarzy zdrojowych w Ciechocinku. Komunikat. Walne Zebranie Stowarzyszenia Lekarzy Zdrojowych w Ciechocinku wysłuchawszy sprawozdania za rok 1928 w punkcie dotyczącym Kursu dokształcającego wyraża ubolewanie z powodu przykrego zajścia, które miało miejsce wbrew woli i intencji Komitetu, i żywi nadzieję, że na przyszłość Komitet Organizacyjny Kursów uniknie podobnych niedopatrzeń przy organizacji następnych kursów. Wobec zajęcia powyższego stanowiska przez ogół lekarzy koledzy żydzi uważają cały konflikt za zlikwidowany.

Poznań.

W dniu 23. VI. o godz. 8-mej rano w Uniwersyteckiej Klinice Dziecięcej p. Prof. Jonschera otwarty został kurs informacyjno-dokształcający dla lekarzy kasowych z województw poznańskiego i pomorskiego. Kurs obliczony jest na 6 dni przy 6 do 7 godzinach dziennej pracy. Przedmiotem kursu jest medycyna zapobiegawcza w najszerszem tego słowa znaczeniu. Związkowi Kas Chorych, który jest organizatorem kursu, udało się zaprosić na prelegentów najwybitniejszych lekarzy, poświęcających się tej dziedzinie pracy.

Między innymi wykładają p.p. Prof. Jonscher, Dr. Wroczyński i inni. Otwarcia Kursu dokonał w imieniu Związku Kas Chorych Komisarz tegoż Związku p. Nacz. Wilczyński w obecności przedstawicieli Władzy Nadzorczej oraz zaproszonych gości. W przemówieniu swem p. Nacz. Wilczyński podkreślił znaczenie kursu i jego zadania, kończąc życzeniem owocnej pracy. Przemawiali jeszcze p. Prof. Jonscher oraz p. Dr. Wroczyński, z Warszawy.

Nominacja. P. Prezydent Rzplitej mianował prof. zwycz. Akademji medycyny weterynaryjnej we Lwowie dr. Zygmunta Markowskiego dyrektorem departamentu weterynaryjnego ministerstwa rolnictwa. Mianowanie na najwyższe stanowisko w służbie weterynaryjnej państwowej odbija się żywem echem w całem środowisku zawodowem.

Ze świata.

VIII Międzynarodowy Zjazd Historyków Medycyny. Zjazd ten odbedzie się w Rzymie 22—27 września 1930 r. pod wysokim patronatem J. Kr. Mości Króla Italji. Przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego jest prof. Piotr Capparoni (prof. hist. med. w Pizie). Na Zjeździe poruszane będą następujące tematy główne: 1. Jak Europa Średniowieczna walczyła z trądem. Ref. Prof. Jeanselme, Paryż. 2. Stosunki kulturalne na polu medycyny i nauk przyrodniczych pomiędzy Italją, a innymi narodami Europy w XVI i XVII wiekach. Ref. Prof. Castiglioni, Padwa. 3. O potrzebie obowiązkowych studjów historji medycyny na Uniwersytetach. Ref. Prof. Szumowski, Kraków. Wpisowe wynosi dla członków Międzynar. Tow. histor. med. 100 lirów. Dla niecztonków 150 lirów. Osoby towarzyszące 50 lirów. Adres Sekretarza Zjazdu: Dr. F. Rocchi, Corso Vittor. Emanuele 173, Roma (Italia).

Zmarli.

Edward Żebrowski kierownik I kliniki wewnętrznej Uniwersytetu Warszawskiego.

Stanisław Trzebiński, prof. historji i filozofji medycyny Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie.

Redakcja otrzymała:

Wiadomości zdrojowe. Zdrojowisko Inowrocław, rok III, nr. 4. z 26 czerwca 1930.

Ludwik Spiess i Syn „Preparaty". Wydanie V.

Binet Le'on „La rate. Organ réservoir". Masson et Cie Paris 1930.

Leriche R. et A. Policard „Physiologie pathologique chirurgicale". Masson et Cie, Paris 1930.

Loeper M. et A. Lemaire „Thérapeutique médicale. I Tube digestif.". Masson et Cie, Paris 1930.

Laemmer Marcel „La diathermie dans les affections du tube digestif.". Masson et Cie, Paris 1930.

Léon Meunier „Traitement médical des affections stomacales". Masson et Cie, Paris 1930.

Zdrój Ciechociński, rok XVII, nr. 4. z 29 czerwca 1930.

Michon Paul „Les groupes sanguins. Schémas d'applications pratiques. La transfusion sanguine. Technique et indications". Masson et Cie, Paris 1930.

Schaeffer Yvonne „Les ferments". Conceptions modernes. Recherches expérimentales sur quelques ferments animaux. Masson et Cie, Paris 1930.

Lévy Jeanne „Essais et dossages biologiques des substances médicamenteuses". Masson et Cie. Paris 1930.

Societe des nations, Organisation d'hygiène. Bureau d'orient „Rapport annuel de l'annee 1929 et Proces-verbal de la cinquieme Session du Comite consultatif, tenue à Bandoeng (Indes orientales néerlandaises) du 19 au 22 ffévriêr 1930".

Les ordomances du médecin praticien. Répertoires de thérapeutique, clinique. Masson et Cie, Paris 1930.

Lyon Gaston „Les thérapeutiques nouvelles. Exposé critique et synthétique. Applications". Masosn et Cie, Paris 1930.

Corvisart „Aphorismes de médecine clinique". Masson et Cie, Paris 1930.

Günther Hans „Die wissenschaftlichen Grundlagen der Hunger und Durstkuren". Wyd. S. Hirzel, Leipzig, 1930.

Zdrój Ciechociński, nr. 5, z 6 lipca 1930 r.